Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 3. Ausgegeben am 1. Februar.

Inhalt:

Die hygienische Mitwirkung der Ärzte bei Ausführung der deutschen sozialpolitischen Gesetzgebung.

Von
Dr. Oscar Schwartz,
Geh. Medizinal-Rat in Köln.

Nachdem der G. M.-R. Dr. E. Roth in ausführlichen Abhandlungen über die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiete der Gewerbehygiene und die Aufgaben der praktischen Gewerbehygiene (ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1902 Nr. 4, 5, 1904. Nr. 24) unter anderem die Forderung gestellt hat, daß die vorgeschriebene Revision der gewerblichen Anlagen durch die staatlichen Gewerbe-Inspektoren und Kreisärzte nicht nur unter Hinzuziehung von der Fabrikleitung abhängiger sog. Fabrikärzte, sondern auch von den für die allgemeine Behandlung der erkrankten Arbeiter von den Krankenkassenvorständen angestellten Ärzten ausgeführt werden möge, kann ich im Interesse der Arbeiterhygiene die obige Forderung auf Grund langjähriger Erfahrung als ehemaliger Krankenkassenarzt und Sanitätsbeamter in industriellen Bezirken nur dringendst befürworten. Schon in meinem am 18. September 1884 in der allgemeinen Sitzung der deutschen Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg gehaltenen Vortrag: „Die Stellung der Hygiene zur allgemeinen praktischen Heilkunde“, erlaubte ich mir zur Sache wörtlich folgendes anzuführen:

Die sogenannte Gewerbehygiene, hauptsächlich durch ärztliche Arbeiten in neuester Zeit begründet, wird auch in Zukunft nur weiter gefördert werden können, wenn sich die in den verschiedenen Gewerbebetrieben angestellten Ärzte mehr, wie bisher, an der Mitarbeit beteiligen und vermöge ihrer Stellung zu den Krankenkassen den hygienischen Verhältnissen größere Aufmerksamkeit zuwenden, namentlich durch geregelte Präventiv-Revisionen des Arbeiterpersonals, der Schutzmaßregeln und der häuslichen Verhältnisse der Arbeiter.

Wenn es niemals im Interesse irgendeines gewerblichen Betriebes liegen kann, Krüppel und Schwindsüchtige zu produzieren und die Kommune mit Witwen und Waisen zu überlasten, sondern erfahrungsgemäß diejenigen Industriellen die besten Fabrikate liefern, die sich einen gesunden und leistungsfähigen Arbeiterstand erhalten, so müssen allen einsichtsvollen Arbeitgebern die im praktischen Krankendienst gewonnenen Erfahrungen der Kassenärzte die wichtigsten Winke für das Gesundheitswohl ihrer Arbeiter geben können. Auch den staatlichen Aufsichtsbehörden werden die auf selbständige Beobachtung gestützten Angaben zuverlässiger Ärzte die geeigneten Anhaltspunkte bieten, um vergebliche, durch den betreffenden Gewerbebetrieb herbeigeführte Gesundheitsbeschädigungen der Arbeiter und Adjazenten nicht nach theoretischen Vereinssitzungen, sondern praktischen Erfahrungen zu beurteilen. Ebenso wird der wohl-

tätige Einfluß, welchen das neue deutsche Krankenkassengesetz auf das soziale Wohl der Arbeiterbevölkerung auszuüben bestimmt ist, erst dann eintreten können, wenn auch den beteiligten Ärzten eine angemessene würdige Stellung angewiesen und eine hygienische Wirksamkeit ermöglicht wird.“ Ich gestatte mir auch, mich zu beziehen auf meinen Aufsatz in Nr. 17 der Münchener med. Wochenschrift 1902: „Die ärztliche Krankenbehandlung in der Familie unter Bezugnahme auf das deutsche Krankenkassengesetz“ und eine Abhandlung des Prof. Nothnagel „Die Therapie der Gegenwart“, Zeitschr. Medico 1902 Nr. 2.

Schon seit mehr wie 20 Jahren werden die deutschen Ärzte nach abgelegter Prüfung in der allgemeinen Naturkunde: Physik, Chemie, Mineralogie und Botanik, auch in der Hygiene, einschließlich Gewerbehygiene geprüft, pflegten auch durchgehends sich oft jahrelang als Volontär oder Assistenzärzte in größeren oberärztlich geleiteten Krankenanstalten zu beschäftigen, ehe sie sich nach erlangter staatlicher Approbation als selbständige Ärzte niederließen und um Krankenkassenstellen sich bewarben. Seit vorigem Jahre ist nun auch das sog. praktische Jahr zur Fortbildung in größeren Krankenanstalten vor Erteilung der staatlichen Approbation zur freien Niederlassung im deutschen Reiche vorgeschrieben.

Wo also derartig bezüglich ihrer technischen und sittlichen Zuverlässigkeit geprüfte Ärzte den Krankenkassenvorständen zur Verfügung stehen, ist die Anstellung und Mitwirkung besonderer von den Fabrikinhabern zu besoldender und abhängiger Fabrikärzte für die gewerblichen Anlagen mit Bleifarben und Bleiprodukten, Quecksilberbelegen, Phosphorzündhölzer usw., bei welchen Anlagen die Führung besonderer Kontrollbücher vorgeschrieben ist, entbehrlich. Schon seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde in den Lehrbüchern für spezielle Pathologie und Therapie, sowie für Gesundheitspolizei, auch in der Eulenburgschen Enzyklopädie der gesamten Heilkunde (Artikel: Arbeiterhygiene) alle in Fabrik- und Handwerksbetrieben vorkommenden Vergiftungen bezüglich Erkenntnis und Hilfeleistung ausführlich behandelt. Vor kurzem ist auch im Verlage von Richard Schoetz ein vom G. M.-R. Dr. E. Roth verfaßtes Kompendium der Gewerbekrankheiten erschienen, welches besonders den Krankenkassenärzten empfohlen werden kann, weil dasselbe neben den wichtigsten im Gewerbebetriebe vorkommenden Erfahrungs-Tatsachen, auch die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen enthält, und bei strittigen Fragen zu weiteren eigenen Beobachtungen anregt.

Das in den Rothschen vorgenannten Abhandlungen empfohlene kollegialische Zusammenwirken der Kreisärzte mit den Krankenkassenärzten ist durch das neue preußische Kreisarztgesetz, welches die Kreisärzte mit höherem pensionsberechtigten Gehalt, Bureaukosten-Aversum und entsprechender Dienst-Instruktion versehen hat, wesentlich erleichtert, da die Kreisärzte durch die Revision der Apotheken und Droguerien, der Schulen und Krankenanstalten, öffentlichen Impfungen und der Gewerbebetriebe so sehr in Anspruch genommen sind, daß sie um besoldete Krankenarztstellen mit den nicht beamteten Ärzten nicht mehr wie früher, ohne besondere Erlaubnis der Regierungspräsidenten konkurrieren dürfen. Ohne bereitwillige Mitwirkung der nicht beamteten Ärzte, der Haus-, Armen- und Krankenkassenärzte mit den Kreisärzten kann der Kampf der im Gewerbebetriebe entstehenden Krankheiten ebenso wenig erfolgreich geführt werden, wie gegen die gemeingefährlichen epidemischen Krankheiten, da alles abhängt von der Erkenntnis und sofortigen entsprechenden Behandlung der ersten Erkrankungsfälle, namentlich deren rechtzeitiger Isolierung und Desinfektion. Bei Begutachtung der im Gewerbebetrieb durch Unfall Verletzter bezüglich des Grades der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit hängt das Gutachten beim hiesigen Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt ab von dem Attest des zuerst hinzugezogenen Kassenarztes und dessen Verständigung mit den beim Schiedsgerichtsverfahren mitwirkenden beamteten Ärzten. Ich kann mich mit der von dem G. M. R. Dr. L. Becker in der ärztl. Sachverst. Zeitung No. 24 04 vertretenen Ansicht über die Begutachtung Unfallverletzter nur einverstanden erklären, daß die vom Verletzten vorgebrachten subjektiven Beschwerden nur dann als simulierte angenommen werden sollten, wenn dieselben einem positiven Befunde direkt widersprechen oder in direktem Widerspruch stehen mit der allgemeinen ärztlichen Erfahrung über die Folgen der geschehenen Verletzung.

Nach den Berichten der Gewerbeinspektoren pro 1903, welche den Abgeordneten der preuß. Kammer mitgeteilt wurden (conf. Arbeiterwohl, redig. von Prof. Dr. Hitze, 24. Jahrg. Heft 10 bis 12), wurde während der Jahre 1903 in Preußen von 73979 revisionspflichtigen Betrieben nur 5056 revidiert, d. h. 6,71% und hat also eine durchaus ungenügende Beaufsichtigung stattgefunden. Dazu kommt, daß die hygienische Revision der Arbeitslokale und der Schutzvorrichtungen mit Zeitaufwand verbundener physikalischer und chemischer Untersuchungen bedarf und auch einer Nachrevision, wenn erhebliche nachgewiesene Mängel nicht am Revisionstage können beseitigt werden.

Obgleich eine irgend zuverlässige Statistik über die in den verschiedenen Gewerbebetrieben vorkommenden Krankheiten und Todesursachen der Arbeiter meines Wissens nach nicht vorliegt und auch nur unter Hinzuziehung der behandelnden Ärzte geschaffen werden kann, so wird doch in dem bereits angeführten Artikel der Eulenburgschen Enzyklopädie sowohl in England wie in Deutschland eine ganz ungewöhnlich erhöhte Sterblichkeitsziffer und abgekürzte Lebensdauer der Fabrikarbeiter und Fabrikarbeiterinnen im Vergleich zu der übrigen Bevölkerung nachgewiesen. Die hygienische Sektion der deutschen Naturforscher-Versammlung in Straßburg stellte schon am 17. September 1885 auf ihre Tagesordnung „Die Überbürdung der Arbeiterinnen und Kinder in Fabriken“ und bestimmte den im Fabrikbetriebe besonders erfahrenen Medizinalrat Dr. Köttnitz als Referenten, den schweizerischen Gewerbe-Inspektor, ehemaligen Krankenkassenarzt Dr. Schuler und mich zu Korreferenten. Ich sprach mich damals aus für den Ausschluß verheirateter Frauen von der Beschäftigung in Fabriken, weil die Frau unbedingt notwendig sei zur gesundheitsgemäßen Pflege ihres Mannes und unmündiger Kinder sowie zur Aufrechthaltung des Familienverbandes, der sichersten Stütze jedes geordneten Staatswesens im Kriege und im Frieden. Ich konnte mich beziehen auf den von mir besichtigten Fabrikbetrieb des Herrn Fr. Brandt in M.-Gladbach, der sich auch im letzten internationalen Kongreß für Sozialreform entschieden für den Ausschluß verheirateter Frauen von der Beschäftigung in Fabriken aussprach. Daß die Arbeiter, welche eine wohnliche, von der Frau in gutem Betriebe erhaltene Häuslichkeit, namentlich reinlich und luftig erhaltener Wohn- und Schlafräume, entbehren müssen, der Schnapskneipe verfallen und dadurch zu Erkrankungen und Abkürzung ihrer normalen Lebensdauer beitragen, entspricht ja der allgemeinen täglichen Erfahrung. — Schließlich kann ich als unbeteiligter ärztlicher Veteran nur die Hoffnung aussprechen, daß auf Grund der vorliegenden Erfahrungen möglichst bald eine gründliche Revision der deutschen sozialpolitischen Gesetzgebung stattfinden möge nicht nur im Interesse des Gesundheitswohls von nahezu 10 Millionen Arbeitern mit ihren Familien, sondern auch im Interesse der deutschen Ärzte, die in langjähriger Unterrichts- und Prüfungszeit ihr Vermögen aufgeopfert haben und vorzugsweise auf eine standesgemäße entsprechend lohnende Tätigkeit in der Arbeiter-Bevölkerung angewiesen sind.

Begutachtung eines Falles von periodischer Geistesstörung in Invalidenrenten-Sachen.

Von Dr. **Sioli**,
Direktor der Städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. Main.

Die Frage 8 des Invaliditäts-Fragebogens macht bei Geistesstörungen nicht selten größere Schwierigkeiten, namentlich bei solchen Fällen, welche periodisch auftreten, und bei denen zwischen längeren Zeiten schwerer Geisteskrankheit Zustände erheblicher Besserung fallen, welche eine lohnende Beschäftigung ermöglichen.

Da im nachfolgenden Fall eine Auslegung der Frage 8 durch das Reichsversicherungsamt stattgefunden hat, welche zu einer gänzlich veränderten ärztlichen Oberbegutachtung gegenüber der ersten Begutachtung führen mußte, so dürfte eine Darstellung dieses Falles nebst den ergangenen Erkenntnissen von erheblichem allgemeinen Interesse sein.

Unterm 4. Januar 1901 wurde von dem hierzu eingesetzten Pfleger im Auftrage des Armenamts zu Frankfurt a. M. bei der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau ein Antrag auf Invalidenrente gestellt für den geisteskranken Kommis F., welcher sich z. Z. in der Irrenanstalt zu W. befindet.

F. ist geboren am 29. Oktober 1880 zu B., hat als Kaufmann gelernt und ist erblich veranlagt. Er soll bereits 1896 einen Zustand von Depression durchgemacht haben und kam zum ersten Male am 3. Februar 1898 wegen manischer Krankheitserscheinungen zur Irrenanstalt in F.

In dieser Anstalt wurde er in folgenden Zeiten behandelt:

vom	3. Februar 1898	bis	27. März 1898,
„	27. April 1899	„	21. August 1899,
„	16. November 1901	„	4. März 1902,
„	16. August 1902	„	25. April 1903,
„	15. Mai 1903	„	24. Juli 1903.

Zwischendurch war er auch vom 16. Oktober 1900 bis 8. Februar 1901 in der Irrenanstalt in D. Seine Psychose äußerte sich als manisch-depressives Irresein, jedoch mit einer gewissen Hinneigung zu hebephrenischen Erscheinungen.

Es wurde nun festgestellt, daß F. in der Zwischenzeit zu seinen Erkrankungen teilweise wieder arbeitsfähig gewesen war. Namentlich war er

1. vom August 1899 bis Oktober 1900 bei der Firma M. in Ürd. als Kommis angestellt, wo drei Quittungskarten für ihn mit Marken geklebt wurden. Von diesen sind zwei vorhanden, die dritte hat F. verloren;
2. vom 1. April 1902 bis 15. August 1902 bei der Firma F. in F. als Kommis tätig;
3. vom 27. April 1903 bis 8. Mai 1903 bei Hotelier F. in F.

Trotzdem wurde nun in dem ärztlichen Gutachten betreffs Invalidität von Dr. B. in W. die Frage 8, an welchem Tage die Invalidität in erkennbarer Weise eingetreten sei, dahin beantwortet: 27. April 1899: „zweite Aufnahme wegen der nämlichen Krankheit“ und dies weiter so motiviert: „Aus der Beschreibung der vorliegenden Geisteskrankheit erhellt, daß Rubrikat nie dauernd erwerbsfähig werden kann. Wohl ist nicht ausgeschlossen, daß er wieder mal zur Entlassung kommt, und in dieser Zeit normalen Verhaltens eine lohnende Anstellung finden kann. Doch zeigt die Krankengeschichte, daß diese Remissionen immer kürzer werden und schließlich ganz verschwinden werden.“

Auch auf den Einwurf des Magistrats-Kommissars, daß F. nach 1899 noch mehrmals lohnend beschäftigt worden sei, erwiderte Dr. B.:

„Ihre Auffassung, der p. F. sei vom 27. April 1899 noch nicht als Invalide zu bezeichnen, da er doch nach diesem Termin noch verschiedene Stellungen bekleidet hätte, wird diesseits nicht geteilt. Schon daraus, daß F. zum zweiten Male wegen der nämlichen Krankheit aufgenommen werden mußte, ist für den Kundigen erwiesen, daß jede Hoffnung geschwunden, daß die Erwerbsfähigkeit sich dauernd wieder über ein Drittel heben würde. Überhaupt ist die Erwerbsfähigkeit eines Geisteskranken nie mit demselben Maßstab zu messen wie bei einem körperlich Siechen. Letzterer ist so wie so Invalide. Ersterer ist vermöge seiner körperlichen Fähigkeiten, die er ja noch besitzt, imstande, leichtere Hand- und Feldarbeit zu verrichten, wozu sie auch in den Anstalten angehalten werden. Jedoch zu selbständigem, dauerndem Erwerb draußen unter ihren Mitmenschen sind sie nicht mehr befähigt und werden regelmäßig nach kürzerer oder längerer Zeit der Anstalt wieder zugeführt, aus der sie gebessert entlassen oder entsprungen waren.“ Es wurde danach festgestellt, daß F. die erforderliche Wartezeit von 200 Wochen nicht erfüllt habe, da vom 29. Oktober 1896, Tag an dem F. das 16. Lebensjahr vollendet, bis 27. April 1899, Tag des Eintritts der Invalidität, nur 131 Wochen verflossen seien.

Die Berufung des Pflegers, die sich auf die späteren Zeiten von Erwerbsfähigkeit des F. stützt, wurde vom Schiedsgericht mit Rücksicht auf die ärztliche Begutachtung abgewiesen, wogegen der Pfleger und das Armenamt beim Reichsversicherungsamt Revision einlegte.

Hierauf erging unterm 3. Oktober 1904 folgendes Urteil des Reichsversicherungsamts:

„Unter Aufhebung des Urteils des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in W. vom 15. März 1904 wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Schiedsgericht zurückverwiesen.“

Gründe:

Gegen das vorbezeichnete Urteil, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird, hat der Kläger und der Magistrat, Waisen- und Armenamt zu F. rechtzeitig die Revision eingelegt mit dem Antrag, unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung, dem Kläger die Invalidenrente zuzuerkennen.

Auf die Begründung dieses Antrages in den Revisionsschriften wird verwiesen.

Der Vorstand der Versicherungsanstalt hat die Zurückweisung der Revision beantragt.

Auf die Begründung dieses Antrages in dem Schriftsatz vom 7. Mai 1904 wird Bezug genommen.

Der Revision konnte der Erfolg nicht versagt werden. Das Schiedsgericht stellte fest, daß für den Kläger außer 16 Krankheitswochen in 2 Quittungskarten 112 Beiträge nachgewiesen sind und daß eine dritte Quittungskarte verloren gegangen sei, welche Marken enthalten haben solle, es habe sich aber nicht feststellen lassen, daß und was für Marken geklebt worden seien.

Nach dem Inhalt der Akten hat das Schiedsgericht die ihm zu Gebote stehenden Mittel zu der fraglichen Feststellung nicht erschöpft und damit die ihm nach § 17 der Verordnung, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten, vom 22. November 1900 obliegende Pflicht zur Klarstellung des Sachverhalts verletzt.

Aus den Akten und Beiakten ergibt sich, daß F. alsbald nach seiner Entlassung aus der Irrenanstalt zu F. am 21. August 1899 wieder in versicherungspflichtige Beschäftigung eingetreten und unterbrochen anscheinend vom 17. Oktober 1900, dem Tag seiner Aufnahme in die Rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu D. bei dem Kaufmann Th. M. in Ü. in Stellung gewesen ist. Bis zum 1. April 1902 scheint F. infolge seines Leidens ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen zu sein. Bis zum 8. Februar 1901 war er in der Anstalt D., dann bei einem Onkel, dem Lehrer H. zu C., ferner vom 4. Juni bis zum 14. August 1901 zu H., und dann bis zum 25. September in B., an allen diesen Stellen aber ohne berufsmäßige Beschäftigung, sondern soviel zu ersehen ist, zur Erholung. Vom 30. September bis zum 25. Oktober 1901 war er im städtischen Krankenhaus

zu D., vom 16. November 1901 bis zum 4. März 1902 in der Irrenanstalt zu F. Vom 1. April bis zum 15. August 1902 ist er bei dem Kaufmann T. zu F. als Reisender tätig gewesen, der ihm bis Ende September 1902 Gehalt gezahlt und für die Zeit vom 1. April bis zum 30. September 1902 Beitragsmarken fünfter Lohnklasse für ihn verwendet hat. Vom 16. August 1902 bis zum 25. April 1903 ist er wieder in der Irrenanstalt zu F. gewesen, dort am 15. Mai 1903 wieder aufgenommen und seitdem in Anstaltspflege verblieben.

Von Th. M. sind Beiträge für F. entrichtet. Über die Zahl und Höhe der Beiträge liegt bisher nur die vom Schiedsgericht eingezogene polizeiliche Auskunft vom 10. März 1904 vor, die keinen sicheren Anhalt bietet. Da aber die Dauer der Beschäftigung und die Höhe des Gehaltes feststeht, so muß sich durch eventuelle richterliche und eidliche Vernehmung derjenigen Person, welche die Markenverwendung bewirkt hat, eine genügend sichere Unterlage beschaffen lassen.

Da hiernach die Möglichkeit besteht, daß für den Kläger mehr als 100 Beitragswochen nachweisbar sind, so durfte das Schiedsgericht die Frage nicht unentschieden lassen, ob die dauernde Erwerbsunfähigkeit später als am 27. April 1899 eingetreten sei.

Bei der Prüfung dieser Frage wird das Schiedsgericht zu erwägen haben, ob die gutachtlichen Äußerungen des Dr. B. vom 4. und 17. Oktober 1903 eine hinreichend zuverlässige Unterlage für die Entscheidung bieten.

Nicht darauf kommt es an, ob sich die Erwerbsfähigkeit dauernd wieder über 1/3 der normalen erheben wird, sondern darauf, ob die Erwerbsfähigkeit dauernd unter 1/3 gesunken ist, und eventuell seit welchem Zeitpunkt letzteres eingetreten ist.

Dabei wird nicht unbeachtet bleiben dürfen, daß der Kläger nach dem 27. April 1899 zweimal längere Zeit ununterbrochen voll erwerbsfähig gewesen zu sein scheint.

Hiernach müßte unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung eine erneute Verhandlung vor dem Schiedsgericht angeordnet werden.

Hierauf wurde der Unterzeichnete unterm 8. November 1904 vom Schiedsgericht zu W. zu einem weiteren Gutachten über den Beginn der Invalidität mit Rücksicht auf die Ausführungen des Reichsversicherungsamtes aufgefordert, welches in folgendem erstattet wurde.

„Aus den gutachtlichen Äußerungen des Dr. B. zu W. geht hervor, daß derselbe annimmt, „daraus, daß F. zum zweiten Male wegen der nämlichen Krankheit aufgenommen werden mußte, sei für den Kundigen erwiesen, daß jede Hoffnung geschwunden, daß die Erwerbsfähigkeit sich dauernd wieder über 1/3 heben würde.“ Dieselbe Meinung ist in dem Gutachten Bl. 30 und 31 ausgeführt, indem darauf Bezug genommen wird, daß F. nie mehr dauernd erwerbsfähig werden könne, wenn auch nicht ausgeschlossen sei, daß er in Zwischenzeiten normalen Verhaltens eiue lohnende Anstellung finden könne.

Nach den Akten des Schiedsgerichts ist nun in dem Erkenntnis des Reichsversicherungsamts vom 3. Oktober 1904 das Urteil ausgesprochen:

„Nicht darauf kommt es an, ob sich die Erwerbsfähigkeit „dauernd wieder über 1/3 der normalen erheben wird, son„dern darauf, ob die Erwerbsfähigkeit dauernd unter 1/3 „gesunken ist, und event. seit welchem Zeitpunkt letzteres „eingetreten ist.“

Unter diesem Gesichtspunkt muß auch die Begutachtung des Dr. B. in dem Gutachten Bl. 30 und 31 auf Frage 8 als nicht ganz zutreffend erachtet werden; diese Frage lautet: „An welchem Tage ist jede Hoffnung geschwunden, daß die Erwerbsfähigkeit sich wieder über 1/3 heben würde.“ In diese Frage hat Dr. B. das Wort „dauernd“ eingeschoben, welches nicht darin enthalten ist und welches derselben offenbar einen anderen Sinn geben würde.

Periodische Geistesstörungen sind gerade in dieser Beziehung schwer zu beurteilen.

Wenn in gerichtlichen Fällen z. B. bei Entmündigung der Gebrauch besteht, die lichten Zwischenräume bei periodisch auftretenden Fällen der Krankheit zuzurechnen, auch wenn sie eine gewisse längere Zeit, also Monate bis etwa ein Jahr umfassen, so geht dieser Gebrauch davon aus, daß hier die Wirkung eine vorbeugende sein soll.

Bei der Begutachtung zwecks Invalidität soll der Gesichtspunkt nach obiger Entscheidung des Reichsgerichts der umgekehrte sein, nämlich der rückschauende, ob keine Zeiten normaler Erwerbsfähigkeit wieder eingetreten sind, wobei man allerdings eine solche von einigen Tagen wohl nicht zu berücksichtigen haben wird, wohl aber eine solche von mehreren Monaten.

Da nun F. vom 1. April bis 15. August 1902 bei dem Kaufmann T. in F. als Reisender tätig gewesen ist und hierfür von T. Gehalt bekommen hat und erst am 16. August 1902 wieder in die Irrenanstalt aufgenommen ist, so wird vor diesem Tage eine dauernde Invalidität nicht angenommen werden können. Auch nach dem 16. August 1902 war F. noch einmal kürzere Zeit außerhalb der Anstalt, nämlich vom 25. April bis 15. Mai 1903. In dieser Zeit hat er gleichfalls eine bezahlte Stellung bekleidet, nämlich bei Hotelier F. in F. Aus Blatt 8 geht hervor, daß er in dieser Stellung vom 27. April bis 8. Mai 1903 war und daß 2 Marken für ihn geklebt wurden. Seit 15. Mai 1903 ist er dann andauernd wieder in der Irrenanstalt, teils hier, teils in W.

Es wird daher nach unserer Ansicht der Zeitpunkt der dauernden Invalidität des F. unzweifelhaft erst vom 15. Mai 1903 ab zu rechnen sein. Ob die kurze Beschäftigung bei F. vom 27. April bis 8. Mai 1903 eine Unterbrechung der Invalidität bedeutet, kann diesseits nicht genügend festgestellt werden, da genaue Nachrichten über das Verhalten des F. in dieser Zeit, namentlich ob ein krankhafter Zustand erkennbar war, fehlen.

Aus der Königlich Sächsischen Landesanstalt für Geisteskranke in Waldheim.

Ein Fall von Chorea in forensischer Beziehung.

Von
Dr. Nerlich,
Oberarzt.

Als ich vor zwei Jahren zum Leiter der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim berufen wurde, machte sich mir sofort ein mit Veitstanz behafteter Kranker — K. aus Sch. — in aufdringlicher Weise bemerkbar. Er war früher wegen Sittlichkeitsverbrechens im Zuchthause gewesen und war, nachdem er von psychiatrischer Seite als an „angeborenem Schwachsinn mit Chorea“ leidend begutachtet worden war, vom Strafanstaltsbestande abgeschrieben und in die Irrenanstalt versetzt worden. Von der vorgenannten Diagnose hatte der Kranke irgendwie Kenntnis erhalten und er forderte nun unaufhörlich, da er ja sein Verbrechen im geisteskranken Zustande begangen habe, Wiederaufnahme seines Verfahrens, indem er zugleich bemerkte, daß er nach erfolgter Freisprechung und Entlassung in einer ausländischen Armee Spionendienste leisten wolle, für welche Tätigkeit er beim Militär genügende Erfahrungen gesammelt zu haben glaube.

Da der Patient, wie aus der Krankengeschichte zu ersehen war, in der Tat volle drei Jahre bei den Soldaten gedient hatte, so war es mir von vornherein nicht recht wahrscheinlich, daß es sich bei ihm um einen von Jugend auf bestehenden geistigen

Schwächezustand handeln könne; denn zweifellos wäre von den militärischen Vorgesetzten während eines so langen Zeitraumes von drei Jahren, währenddessen doch an die Intelligenz immerhin größere Anforderungen gestellt werden, ein etwa vorhandener Schwachsinn bemerkt und dann das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren eingeleitet worden.

In der Folgezeit machten nun aber auch die Angehörigen des K. auf dessen Drängen hin Anstrengungen, auf Grund von § 51 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich eine Revision des Strafprozesses herbeizuführen. Durch diese Bestrebungen wurde ich veranlaßt, mich eingehend mit sämtlichen über K. ergangenen Akten und mit seinen Militärpapieren zu befassen und weiterhin auch Erkundigungen in seiner Heimat über ihn einzuziehen, und kam nun zu dem Resultat, daß bei K. eine Fehldiagnose gestellt worden war.

K. ist am 11. Dezember 1865 ehelich geboren. In seiner Familie ist seit vielen Jahrzehnten eine Zitterkrankheit erblich, insbesondere hat an derselben seine Großmutter väterlicherseits und sein eigener Vater gelitten, der letztere soll überdies gehirnkrank in einer Anstalt gestorben sein. K. selbst wird als ein nur mäßig befähigter Schüler geschildert, hat sich aber im übrigen geistig und körperlich gut entwickelt. Nach seiner Konfirmation hat er anfangs seinem Vater beim Mattenflechten geholfen, um später in verschiedenen Betrieben zur Zufriedenheit seiner Arbeitgeber tätig zu sein. Während seiner Militärzeit, welcher er vom 6. November 1886 bis 13. September 1889 genügte, sowie während mehrerer Übungen, die er in den Jahren 1891, 1893 und 1897 ableistete, hat er, von kleineren Disziplinarstrafen wegen Unfugs etc. abgesehen, zu besonderen Ausstellungen nicht Anlaß gegeben und sich „gut geführt". Er wird wiederholt, zuletzt noch im Jahre 1897 als gesund und felddienstfähig bezeichnet, so daß er zu jener Zeit noch nicht an Veitstanz gelitten haben kann, und auch in geistiger Beziehung den Anforderungen des Dienstes gewachsen gewesen sein muß. In den Jahren 1891 und 1894 hat K. sich wegen Sachbeschädigung und Körperverletzung mehrfach Gefängnisstrafen zugezogen. Auch in den Strafanstaltsakten wird er regelmäßig als körperlich und geistig gesund charakterisiert; ein Blick auf seinen Namenszug, mit welchem er über Sachenempfang quittiert, lehrt, daß seine Schrift noch Ende 1894 kräftig und deutlich und ohne krankhafte Störung ist.

Im Januar und August 1900 hat sich K. mehrere Sittlichkeitsverbrechen zuschulden kommen lassen, bei welchen er sich zwar roh und brutal, sonst aber in zweckmäßiger Weise benahm; infolgedessen wurde er unter dem 26. November desselben Jahres zu 10 Jahren Zuchthaus verurteilt. Bei seiner Einlieferung in die Strafanstalt — am 7. Dezember 1900 — ist er ärztlich eingehend untersucht worden; bei dieser Gelegenheit wird krampfartiger Muskelzuckungen, welche den Gefangenen nur beschränkt arbeitsfähig erscheinen ließen, Erwähnung getan. Was den Beginn dieser veitstanzartigen Bewegungen anbetrifft, so ließ sich soviel ermitteln, daß sie nach der letzten Entlassung vom Militär, d. h. also Mitte 1897 ohne ersichtlichen Grund eingesetzt und sich allmählich verschlimmert hatten. Eine Vergleichung des Namenszuges vom 7. Dezember 1900 mit dem vom Jahre 1894 ergibt, daß die Schrift in erheblichem Grade zittrig geworden war.

In der Strafhaft machte K. anfangs keine Schwierigkeiten, fiel vielmehr seiner Umgebung erst im August 1902 dadurch auf, daß er sich beeinträchtigt und gefoppt fühlte. Diese Beeinträchtigungsideen mehrten sich und führten schließlich dazu, daß er am 17. Oktober desselben Jahres der hiesigen Irrenanstalt zur Beobachtung auf seinen geistigen Zustand überwiesen wurde.

Bei seinem Eintritt fiel an K. sofort eine allgemeine Unruhe in fast allen Muskelgruppen auf. Der Kranke vermochte keinen Augenblick still zu stehen, trat von einem Fuß auf den andern, schleuderte ab und zu die Beine vor, machte mit Kopf und Händen allerhand ungeordnete, zwecklose Bewegungen, wiegte sich mit dem Oberkörper bald nach vorn bald nach hinten, grimassierte stark, spitzte den Mund zum Pfeifen, schmatzte mit den Lippen oder schnalzte mit der Zunge, kurz K. bot das Bild eines ausgesprochenen Veitstanzes dar. Forderte man ihn zu einer bestimmten Tätigkeit auf, so gelang es ihm für einige Augenblicke die ungewollten Bewegungen zu unterdrücken und zweckmäßige auszuführen. Die grobe Kraft war vollkommen erhalten, so daß er beispielsweise beim Turnen gleichstarke Patienten niederzuringen vermochte. Die Sprache war stockend, meist wurden die Worte stoßweise hervorgebracht. Die Pupillenreaktion sowie die Blasen- und Mastdarmfunktion waren nicht gestört. Die Kniescheibensehnenreflexe erwiesen sich leicht gesteigert, die Schmerzempfindlichkeit bewegte sich in normalen Grenzen. Der Urin enthielt keine pathologischen Bestandteile. Die Herztöne waren leicht und rein. An den übrigen Organen waren krankhafte Veränderungen nicht nachweisbar.

Was seinen geistigen Zustand anbetraf, so erwies sich Patient zeitlich und örtlich leidlich orientiert, er gab ferner über die Ursache seiner Bestrafung richtig Auskunft, beantwortete Fragen nach seinen persönlichen Verhältnissen im allgemeinen richtig, löste einfache Rechenaufgaben zur Zufriedenheit, während ihm etwas kompliziertere Schwierigkeiten machten, konnte zwar buchstabieren aber Worte und Sätze „nicht zusammenbringen", wußte in religiösen Fragen nur oberflächlich Bescheid und konnte sich der Namen des Kaisers und Königs nicht erinnern, wie denn überhaupt eine gewisse Vergeßlichkeit an ihm auffiel. Über die letzten Vorgänge in der Strafhaft befragt, äußerte er, die Aufseher hätten ihn absichtlich geärgert und „gemorxt", um ihm seine Strafe zu erschweren.

Im weiteren Verlaufe der Beobachtung traten die Wahnvorstellungen allmählich zurück, während bei Fortbestehen der choreatischen Bewegungen der Schwachsinn rapid — ich möchte fast sagen galoppierend — zunahm, so daß K. jetzt — d. h. Mitte Januar 1905 — den Eindruck eines ziemlich verblödeten Menschen macht. Er brütet meist stumpf vor sich hin, nimmt an Vorgängen in seiner Umgebung keinen Anteil, erscheint in vielfacher Beziehung hilfsbedürftig, faßt Fragen nicht mehr richtig auf, beantwortet sie, wenn überhaupt, in kaum verständlicher Weise und läßt erkennen, daß er für seine Lage und seine Verhältnisse auch nicht das geringste Verständnis mehr besitzt. Schreiben, Lesen und Rechnen hat er völlig verlernt. Dabei ist er auch in körperlicher Beziehung, trotz verhältnismäßig guter Nahrungsaufnahme, nicht unerheblich zurückgegangen, seine Kräfte sind zusehends in der Abnahme begriffen.

Resumé: K. stammt also aus einer Familie, in welcher Veitstanz erblich ist; er selbst ist zwar nur ein mäßig befähigter Schüler gewesen, hat sich aber doch geistig gut entwickelt. Während er sich stets einer guten Gesundheit erfreute, erkrankte er nach dem Jahre 1897, d. h. im Alter von ungefähr 32 Jahren an ungewollten Muskelzuckungen, welche bald den Charakter einer ausgesprochenen Chorea annahmen und Ende 1900 in voller Blüte standen. Bei Begehung der Sittlichkeitsverbrechen im Jahre 1900 benahm er sich ebenso wie später in den ersten $1^1/_2$ Jahren der Strafhaft durchaus geordnet und zweckmäßig; erst im August 1902 zeigen sich bei ihm die ersten Zeichen einer psychischen Alienation, welche durch das Auftreten von Wahnvorstellungen beeinträchtigenden Inhalts gekennzeichnet ist. Einige Monate später — im Oktober 1902 — gelingt es bei ihm einen mäßigen Grad geistiger Schwäche festzustellen, welche weiterhin innerhalb zweier Jahre bereits zu völliger Ver-

blödung geführt hat. Wir haben hier also das Bild einer wenn auch seltenen, doch wohlbekannten Form des Veitstanzes vor uns, welche zum erstenmal im Jahre 1872 von Huntington beobachtet und beschrieben worden ist, nämlich das Bild der Dementia choreica progressiva.

Was die geistige Schwäche Ks. anbetrifft, so hat die Anamnese zur Evidenz ergeben, daß dieselbe nicht angeboren, sondern ein Folgezustand der Chorea ist. K. hat allerdings bei seinem Eintritt in die Irrenanstalt auffällig geringe Elementarkenntnisse aufgewiesen, er hat aber Schulkenntnisse, wie die Nachforschungen erhellten, besessen und nur das, was er in der Schule gelernt hat, wieder vergessen. Dafür, daß K. im Jahre 1900 noch geistig gesund war und die Sittlichkeitsverbrechen nicht im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, welche seine freie Willensbestimmung ausschloß, begangen haben kann, spricht außer der Anamnese auch die auffällig rasch eingetretene Verblödung. Gibt man selbst zu, daß den Beobachtungen des ungeschulten Strafanstaltspersonals, denen zufolge K. erst August 1902 Wahnvorstellungen geäußert hat, ein entscheidender Wert nicht beigemessen werden kann, so muß doch aus dem Umstand, daß die hochgradige Verblödung bei dem Kranken schon nach dem kurzen Zeitraum von 2 Jahren aufgetreten ist, geschlossen werden, daß der am 17. Oktober 1902 festgestellte mäßige Grad von Schwachsinn höchstens einige Monate, nicht aber bis zum Jahre 1900 zurückreicht.

Nach diesen Darlegungen verzichteten die Angehörigen des K. darauf, Schritte zu dessen Gunsten zu unternehmen.

Zum Schluß möchte ich noch einmal kurz auf die Wichtigkeit einer guten Anamnese hinweisen, welche für die sachgemäße Beurteilung eines Falles von ausschlaggebender Bedeutung sein kann.

Mitteilung.

Zu unserm lebhaften Bedauern sind wir verhindert, den Schluß des Aufsatzes von Herrn Geheimrat Kirchner aus Nr. 1 und 2 bereits in der vorliegenden Nummer zu veröffentlichen. Die Redaktion.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die oto-rhinologische Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit. (Für das Sommersemester 1904.)

Von Dr. Nadoleczny-München.*)

Im letzten Sammelbericht (Nr. 13 1904 dieser Zeitung) wurde ausführlich die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung bzw. die Parazentesenfrage besprochen. Nachträglich ist hierüber noch eine Arbeit erschienen von:

1. **Bürkner**, Zur Parazentesenfrage. (Archiv für Ohrenheilkunde B. 62 S. 177.)

Verf. trennt darin Mittelohrkatarrh und Entzündung klinisch von einander, erklärt, daß der von der Prager Schule angenommene zyklische Verlauf bei der Entzündung jedenfalls nicht die Regel sei. Zur Behandlung bevorzugt er heiße Umschläge, die subjektiv besser ertragen werden als Kälte. Kokaininstillationen sind nutzlos. Salizylmedikationen setzen die Temperatur herab und können so über den Ernst des Leidens hinwegtäuschen, sind also nicht ohne Gefahr. Der Durchbruch des Eiters tritt trotz konservativer Therapie doch ein. B. hat diese Erfahrungen an 44 Fällen gemacht, die er nach konservativen Prinzipien behandelte. Hiervon heilten nur 12 ohne Trommelfellperforation 28 nach Spontandurchbruch der Membran, bei 4 Fällen mußte schließlich doch parazentisiert werden. Die Temperatur stieg bei der ersten Gruppe (12 Fälle) nicht über 39°. Die Heilungsdauer betrug bei dieser Gruppe durchschnittlich 24,6 Tage, bei den spontanperforierten durchschnittlich 31,5 Tage und bei den spät parazentesierten Fällen im Mittel 28 Tage. Hierzu ist noch zu bemerken, daß unter den 28 spontaneiternden Fällen drei Mastoidkomplikationen vorkamen und 6 mal die Eiterung chronisch wurde. Im Anschluß hieran gibt Verfasser eine Statistik von 200 Parazentesen, aus der hervorgeht, daß bei frühzeitiger Parazentese die Heilung bei 90,5 % der Fälle innerhalb der ersten 20 Tage erfolgt. Es ist hiernach begreiflich, daß B. seine Versuche mit konservativer Behandlung nicht fortsetzen wollte, um so mehr als die Rezidive nach frühzeitiger Parazentese seltener waren und die Komplikationen am Warzenfortsatz nur 1 % betrugen gegenüber 7,4 % bei den spontanperforierten Otitiden.

Im folgenden seien einige Arbeiten zusammengestellt, welche eine Erkrankung von Ohr und Nase durch Gifte oder berufliche Schädlichkeiten zum Gegenstand haben:

2. **Albert Blau**, Experimentelle Studien über die Veränderungen im Gehörorgan nach Vergiftung mit salizylsaurem Natron. (Arch. f. Ohrenheilkunde. B. 61. H. 3 u. 4. S. 220 ff.)

3. **Sugàr**, Akute Anilinvergiftung nach Anwendung eines Lokalanästhetikum im Ohr. (Arch. f. Ohrenheilk. B. 62. S. 248 ff.)

4. **Lockhard**, Platina Rhinitis. (Annales of Otolog., Rhin. and Laryngol. Dez. 1903. ref. Zeitschrift f. Ohrenheilk. B. 47. H. 4. S. 425.)

5. **Costiniu**, L'examen des oreilles chez les mécaniciens et chauffeurs de chemins de fer, en rapport avec leur ancienneté dans le service et le combustible employé aux machines en Roumanie. (Internat. otolog. Kongreß, Bordeaux 1904.)

Blau (2) ergänzt seine schon in Nr. 13 1904 dieser Zeitung referierten Angaben dahin, daß auf Grund seiner Tierversuche Schädigungen des Gefäßapparats im Ohr nach Salizylgaben nicht immer eintreten müssen, besonders nicht bei chronischen Vergiftungen. Hier findet man kaum Hämorrhagien, auch wenn die Tiere nicht ante mortem entblutet wurden. Die Salizylsäurevergiftung äußert sich im Ohr als eine spezifische Giftwirkung oder durch Gift bewirkte Ernährungsstörung an den Ganglienzellen zunächst des Ganglion spirale, dann der Vestibularganglien, daher geht auch das Ohrensausen unter den klinischen Symptomen dem Schwindel voraus. Sugàr (3) hat bei einem 9jährigen Mädchen, das an chronischer Mittelohreiterung litt, Granulationen aus der Paukenhöhle entfernt und dazu das Graysche Anästhetikum verwandt. Letzteres besteht aus einer Mischung von 20 % alkoholischer Kokainlösung und einer 15—20 % Eukainlösung in Anilinöl. Es traten hierauf Schwindel, Erbrechen und Konvulsionen auf. Noch nach einigen Tagen fiel die livide Färbung der Lippen, die fahle Gesichtsfarbe und der wankende Gang des Kindes auf. Es wurde häufig dunkelbrauner Urin entleert. Im Blut gelang es spektralanalytisch den Absorptionsstreifen des Methhämaglobins nachzuweisen. Die Vergiftung ist eine typische Anilinvergiftung, entstanden durch Resorption oder Verschlucken der per tubam abgeflossenen Lösung, vielleicht handelte es sich um eine Idiosynkrasie. Sämtliche modernen Anästhetika Orthoform, Anästhesin, Exalgin und Methylenblau sind Anilinderivate. Sugàr hält die Anwendung der beiden ersten insbesondere in öliger Lösung für nicht ungefährlich und mahnt zur Vorsicht mit Anilinpräparaten und -derivaten besonders im Kindesalter.

*) Die in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde erscheinenden Originalarbeiten werden anderweitig referiert.

Lockhard (4) hat infolge von Gebrauch von Platinpapier und Platintonfixierlösung bei Photographen in 5 Fällen Rhinorrhöen beobachtet. Es traten heufieberähnliche Zustände auf: starke wässerige Sekretion, Tränenfluß, häufiges Niesen usw. anfangs nach einem Aufenthalt von 30—90 Minuten in der Dunkelkammer. In freier Luft setzten die Anfälle aus. Später traten sie schon nach wenigen Minuten in der Dunkelkammer ein, und der Zustand hörte auch außerhalb derselben nie ganz auf. Nach Kauterisationen und Gebrauch von Kokain und Adrenalin erfolgten nur zeitweilige Besserungen, Heilung dagegen erst nach Aufgeben der Arbeiten mit Platinpapier.

Costiniu (5) behandelt die Berufsschädigungen der Gehörorgane der Heizer auf den rumänischen Bahnen. Für die Entstehung starker Geräusche ist in erster Linie das Heizmaterial ausschlaggebend. Als solches dient 1. Rohpetroleum, 2. Petroleum und Lignit, 3. Holz und Lignit. Bei der Rohpetrolverbrennung entsteht ein außerordentliches Geräusch, weshalb die Heizung mit Holz und Lignit vorzuziehen ist. Verfasser hat 902 Heizer und Mechaniker untersucht und kommt ferner noch zu folgenden Schlüssen: Die Geräusche von Heizung, Maschine, Pfeife, Westinghousebremse usw. können bei hierzu Disponierten das Auftreten einer Ohraffektion beschleunigen. Andererseits tritt auch eine gewisse Gewöhnung an den Lärm ein. 20—30 Minuten nach Verlassen der Züge verschwindet bei den Bedientesten die Kongestion nach dem Kopf, welche C. feststellen konnte. Die Alteration der Gehörorgane hängt vom Alter und vom Dienstalter der Heizer ab, die im allgemeinen einer guten Hörschärfe bedürfen. Die Petrolheizung disponiert zu Nervosität und auch zu Herabsetzung der Sehschärfe. C. hält die Beobachtungszeit seiner Fälle für zu kurz, um weitere Schlüsse daraus zu ziehen, Eingehendere Hörprüfungsresultate scheinen zu fehlen.

Wenden wir uns nun zum Kapitel von den **Verletzungen** des Gehörorgans, so werden wir zunächst eine Reihe von Arbeiten zu besprechen haben, die sich mit Läsionen und Traumen des äußeren Ohres beschäftigen:

6. **C. Springer,** Entwicklung von Hämangiomen im Anschluß an das Ohrlochstechen. (Prager med. Wochenschr. Nr. 34. 1904.)

7. **Passow,** Anatomische Untersuchungen über das Zustandekommen von Gehörgangsfrakturen. (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 31. 1904.)

8. **Quandt,** Über Frakturen des knöchernen Gehörgangs durch Gewalteinwirkung auf den Unterkiefer. (Dissert. Halle. 1904.)

9. **Chorenhitzky,** Eine quere Schußwunde des äußeren Gehörgangs. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 1. 1904.)

10. **Macleod Yearsley,** Case of traumatic atresia of the meatus succesfully treated by Operation. (The Journal of Laryngology. July. 1904.)

11. **J. Böcke,** Traumatische Ohraffektionen. (Pester med. chir. Presse. Nr. 17. 1904.)

Springer (6) betont die Gefahren des Ohrlochstichs, der bekanntlich gewöhnlich von Laien ohne Kautelen vorgenommen wird. Langdauernde Eiterungen, Erysipele, Infektionen mit Syphilis und Tuberkulose sind im Anschluß an diesen Eingriff schon vorgekommen. Sp. beschreibt zwei Fälle, bei denen sich ein bis zwei Wochen nach dem Ohrlochstich starke Eiterungen einstellten und dann noch ausgedehnte Hämangiome auf der Außen- und Innenseite der Ohrmuschel ausbildeten. Im ersten Falle handelte es sich um ein Mädchen, das schon bei der Geburt ein kleines Hämangiom am linken Ohrläppchen hatte. Dieses vergrößerte sich nach dem Eingriff enorm bis zur Mitte der Ohrmuschel, griff auf den Tragus über und vermehrte das Volumen des Ohrläppchens aufs doppelte. Kauterisation in Narkose brachte Verkleinerung der Geschwulst. Im zweiten Fall lag kein angeborenes Hämangiom, wenigstens nicht sichtbar, vor. Die Ausdehnung war ähnlich wie beim ersten Falle. Sehr erfolgreich benutzte Verfasser die Heißlufttherapie.

Passow (7) erörtert an vier Fällen den Mechanismus der Gehörgangsfraktur durch direkte und indirekte Verletzung. Erstere ist natürlich seltener und kann, wie P.s vierter Fall zeigt, durch eine Schußverletzung entstehen. Von zwei ins Ohr geschossenen Kugeln wurde zunächst die zweite herausgenommen, die in der Tiefe des meatus vor dem Trommelfell saß. Wegen schwerer Entzündungserscheinungen wurde die Radikaloperation nötig, bei der die erste in der oberen Gehörgangswand eingekeilte Kugel entfernt wurde. Diese hatte also das Ohr vor der zweiten Kugel geschützt, welche ihrerseits einen Teil der Vorderwand des knöchernen Gehörgangs weggenommen hatte, so daß die Kieferbewegungen darin sichtbar wurden. Die drei anderen Frakturen sind durch Sturz vom Fahrrad oder auf der Treppe entstanden. Einmal war beiderseits die Vorderwand des Gehörgangs vom Unterkiefer eingedrückt. Es wurden Knochensplitter entfernt und blieben dann Lücken im Meatus osseus (publiziert Monatschrift für Ohrenheilkunde 1898). Ein kleines Mädchen erlitt eine Unterkieferfraktur und daran anschließend einen Bruch der Vorderwand des rechten Gehörgangs. Es war ein deutlicher Riß sichtbar, doch wurde glatte Heilung erzielt und der Gehörgang in normaler Weite erhalten. Bei einem erwachsenen Mann heilte zwar das Knochenstück bei einer gleichen Verletzung ohne Unterkieferbruch ebenfalls wieder ein, doch blieb ein ziemlicher Kallus an der Vorderwand, der das Gehörgangslumen verengte. Passow erklärt das Zustandekommen der Gehörgangsfraktur folgendermaßen: Der Kondylus des Unterkiefers prallt gegen die vordere untere Wand des Meatus osseus an deren dünnster Stelle. Eine Fraktur erfolgt leichter, wenn die Zähne fehlen, als wenn sie gut erhalten sind, ferner leichter, wenn die Zahnreihen nicht vollständig geschlossen sind. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist hierbei die Konfiguration der Gehörgangswand. Ein stark entwickelter Rand des Porus acusticus externus hindert die Durchstoßung der Wand. Das Tuberculum articulare kann einen Schutz bieten, wenn sich seine Vorderfläche nach außen abflacht. Es gleitet dann der Kondylus nach außen ab, im entgegengesetzten Falle nach innen, gegen die Gehörswand. Spitze Gelenkköpfe mit stark gewölbter Rückfläche sind besonders gefährlich. Steht der äußere Gehörgang vollkommen schräg, ist die Platte dünn und der äußere Rand des Pocus acusticus externus außerordentlich schmal, die Spitze des Kondylus aber so geneigt, daß sie direkt in die dünnste Stelle des Gehörgangs hineinfahren kann, so scheint bei starkem Schlag, Stoß oder Sturz das Eintreten einer Fraktur fast unvermeidlich, besonders wenn die Gewalt etwas seitwärts auf den Unterkiefer wirkt.

Quandt (8) behandelt dasselbe Thema, nur weniger klar. Er beschreibt einen Fall, bei dem der Stoß von vorn das Kinn eines 48jährigen Mannes traf. Es erfolgte eine Blutung aus dem linken Gehörgang, leider wurden zuerst Spülungen des Ohres gemacht. Die Flüstersprache konnte schließlich nur noch auf 1 m Entfernung gehört werden, während rechts die Hörweite 6 m betrug. Allerdings fand sich links auch noch eine katarrhalische Erkrankung der Paukenhöhle und schließlich eine wohl traumatische Labyrinthaffektion. Es fehlen aber Angaben über Dauer von Luft- und Knochenleitung und über die obere Tongrenze. Der Rinnesche Versuch fiel links positiv aus. Das Resultat war nach ca. zweimonatlicher Behandlung und Heilung eine Hörweite für Flüstersprache von 7 m rechts, 1,5 m links. Die Behandlung bestand in feuchten Verbänden und Ätzungen der Granulationen an der Bruchstelle mit Höllenstein. Verfasser betont die Seltenheit dieser indirekten Verletzungen, die in 22 von 34 Fällen nach Kinntrauma auftreten. Die dünnste Stelle der vorderen Gehörgangswand entspricht ursprünglich einer Ossi-

fikationslücke im Os tympanicum. Die Symptome des indirekten Traumas im äußeren Gehörgang sind: Ekchymosen, Riß in der Epidermis, subkutane und komplizierte Fraktur, Fraktur mit Ruptur des Trommelfells, schließlich Fraktur kompliziert mit Labyrinthblutung oder -erschütterung. Diese letzte Komplikation ist nicht selten und trübt die Prognose natürlich sehr, wenigstens was die Funktion des Gehörorgans angeht. Verfasser stellt aus der Literatur 36 Fälle zusammen.

Chorenhitzky (9) teilt eine Schußverletzung des Gehörganges mit, die von einer Kugel herrührt, welche ihren Weg von der rechten Schläfe in der oberen Hälfte des Jochbogens durch den meatus externus bis unter die Nackenhaut genommen hatte. Die Gehörgangswand war in der Mitte unten und vorn zerfetzt. Dort bildete sich auch eine partielle Atresie aus, welche das Gehör nicht beeinträchtigte. Das Trommelfell blieb intakt.

Macleod Yearsley (10) hat eine Atresie beobachtet, die infolge eines Sturzes aus dem Wagen auftrat, bei dem die linke Ohrmuschel fast abgerissen worden war. Die Atresie wurde wegen Ohrschmerz und Schwerhörigkeit in Narkose durch Gehörgangsplastik beseitigt. Dabei fand sich der äußere Gehörgang angefüllt mit ceruminösen Massen, das Trommelfell intakt. Das künstliche Lumen wurde durch Gummidrains und Bleiröhren offengehalten. Nach 3 Monaten war Patient geheilt und beschwerdefrei, da sich aber das Orificium externum immer noch verengerte (!), pflegte er während der Nacht einen Bleitubus zu tragen.

Böcke (11) mußte ein 6,10 gr schweres Bleistück aus dem Gehörgang eines 41jährigen Mannes operativ entfernen. Das Blei war demselben während eines Zustandes bewußtloser Trunkenheit ins Ohr gegossen worden und hatte, abgesehen von Brandwunden, eine Fazialislähmung erzeugt. Das Stück war 2 cm lang und 1 cm dick und zeigte einen Abdruck des Promontorium, des runden Fensters und des Fazialiskanals. Nach der Heilung bestand noch eine geringe Fazialislähmung und eine Hörweite für Flüstersprache von 1 m. Ein zweiter Patient B.s hatte sich eine Kugel in den Mund und eine ins rechte Ohr geschossen. Die rechte Wange war geschwollen, der Tragus zerstört. Dort begann ein 9 cm langer Schußkanal, der nach vorn unten verlief. Trommelfell, äußerer Gehörgang intakt, Hörvermögen gut. Bei der Heilung verengte sich der Eingang des Gehörgangs etwas, Die erste Kugel wurde mittelst Röntgenstrahlen aufgefunden. Sie lag an der Schädelbasis vor dem ersten Wirbelkörper. Die zweite Kugel blieb unauffindbar.

In den oben erwähnten Fällen von Schußverletzungen haben wir es mit den seltenen, günstig verlaufenen zu tun, auf die Grunert (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 59) hingewiesen hat: (vgl. den Sammelbericht in Nr. 24, 1903 dieser Zeitung). Wir hätten nun des weiteren die Verletzungen des Trommelfells und Mittelohrs zu besprechen, anläßlich derer auch andere Blutungen in die Paukenhöhle erwähnt werden sollen:

12. **Bürkner**, Zerstörung des Trommelfells durch Blitzschlag. (Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 25. 1904.)

13. **Scheier**, Über eine seltene Verletzung der Paukenhöhle. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 35. 1904.)

14. **Oppenheimer**, Lokale Blutung in die Paukenhöhle bei unversehrtem Trommelfell. (The Laryngoskope. August 1902. Ref. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 320.)

15. **Schimanski,** Über letale Blutungen aus dem Mittelohr. (Wojenno mediz. Shurnal. Januar 1904. Ref. Arch. f. Ohrenheilk.)

16. **Aspissow,** Ein Fall von Zerreißen der Arteria carotis interna bei Mittelohreiterung. (Wojenno medic. Shurnal. Oktober 1903, Ref. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 324.)

Bürkner (12) berichtet von einem Manne, der durch Einschlagen des Blitzes in einen hölzernen Turm einige Stufen heruntergeschleudert wurde. Er lag längere Zeit bewußtlos. Die Umgebung des linken Ohres war versengt, im Trommelfell ein erbsengroßes Loch mit plattem Rand, der von dem Hammergriff nach innen umgeschlagen war, pulsierendes Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Die Perforation heilte trotz Mittelohrentzündung in $2^1/_2$ Monaten. Die Hörweite für Flüstersprache stieg bis auf 7,5 m. Eine Labyrinthläsion war nicht entstanden.

Die Patientin von Scheier (13) hatte die üble Gewohnheit, ihre Ohren mit einer vom Handtuch überzogenen Haarnadel zu putzen. Diese durchstach einmal das Tuch, es erfolgte leichte Blutung aus dem linken Ohr, Schwindel, Ohrensausen und Geschmackstörung infolge von Chordaläsion. Für Flüstersprache war das Ohr taub, Stimmgabeltöne vom Scheitel aus wurden links gehört. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß der ganze Ambos in einem Blutgerinnsel im äußeren Gehörgang lag. Der Hammer und der Fazialis waren intakt geblieben. Im Laufe der Zeit bildete sich eine Narbe, die Flüstersprache wurde nach der Heilung 25 cm weit gehört, das Ohrensausen blieb bestehen. Die Verletzung ist umso merkwürdiger, wenn man sich vergegenwärtigt, wie schwierig meistens die operative Entfernung des Ambos ist.

Oppenheimer (14) hat bei einem 52jährigen Manne und bei einem 11jährigen Mädchen nach Meningitis cerebrospinalis Blutung in die Paukenhöhle beobachtet, beidemale bestand absolute Taubheit für Luftleitung, bei dem Manne auch lautes Ohrensausen, nicht aber bei dem Kind. Bei letzterem gelang die Wiederherstellung des Hörvermögens nach Auswaschen durch die Tube. Ref. möchte dieses Verfahren direkt als Kunstfehler bezeichnen, da es eminent gefährlich ist und andererseits sich das Hämatotympanum gewöhnlich spontan in Kürze resorbiert.

Schimanski (15) sah bei zwei Schwestern schwere Blutungen durch das perforierte Trommelfell. Einmal ging der Erscheinung eine Sugillation auf dem linken Warzenfortsatz voraus, tags darauf entleerte sich beiderseits aus Perforationen des Trommelfells im vorderen, unteren bzw. hinteren, unteren Quadranten Blut. Die Temperatur stieg auf 40° C., der Tod erfolgte unter Krämpfen. Die Schwester fiel auf den Hinterkopf, bekam dann nachts eine heftige Blutung aus einer Perforation im vorderen, unteren Trommelfellquadranten, verbunden mit Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit, wurde aber geheilt. Sch. erwähnt, daß der Vater tuberkulös war. Im zweiten Fall scheint es sich um eine typische Felsenbeinfraktur zu handeln, über den ersten dürfte eine Sektion Aufschluß gegeben haben.

Der Fall Aspissows (16) betrifft einen Soldaten, der sieben Jahre bevor er in Behandlung kam, einen schweren Sturz vom Pferde erlitt und von da ab eine rechtsseitige Mittelohreiterung hatte. Innerhalb dreier Wochen traten zwei schwere Blutungen auf, deren letzte zum Tod führte. Bei der Sektion fand sich an der Rückfläche des Petrosum eine Knochennekrose. Die Karotis war durchrissen, darüber eine Knochenusur. Im Sinus sigmoideus und den Zellen des Warzenfortsatzes fand sich Eiter, der mittlere Teil der Pars petrosa war fast total zerstört. Mittelohr und Karotiskanal bildeten eine gemeinsame Höhle.

Schließlich wären noch die traumatischen Labyrinthläsionen zu besprechen und deren besondere Bedeutung für die Begutachtung Unfallkranker. Zunächst kommen hier folgende Arbeiten in Betracht:

17. **Harris,** Ein Fall von Blutung ins Labyrinth. (Verhandl. der otolog. Sektion d. New-Yorker Mediz. Akademie, ref. Zeitschr. f. Ohrenheilk. B. 47 H. 4.)

18. **Cornet,** Recueil de faits. 1) Syndrome de Menière post-traumatique. (Bulletin de laryngologie ectr. mars 1904.)

19. **Castex,** l'oreille et les accidents de travail. (Internat. Otolog. Kongreß Bordeaux 1904.)

20. **Freund, C. S.**, Über den Nutzen der frühzeitigen Ohruntersuchung für die Begutachtung von Unfallkranken. (Wissenschaftl. Mitteilungen der Heilanstalt für Unfallverletzte zu Breslau 1904.)

Harris (17) gelang es mittelst einer Pilokarpinkur die nach einer Basisfraktur entstandenen subjektiven Ohrgeräusche und Schwindelanfälle zu bessern. Die Taubheit blieb bestehen. Eine Trommelfellverletzung war nicht auffindbar, doch war Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit aus dem Gehörgang der Verletzung unmittelbar gefolgt. In der Diskussion zu dieser Mitteilung berichtet Mc. Kernon über einen Automobilunfall, dem Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit aus beiden Gehörgängen folgte, ferner Fazialislähmung auf der linken Seite, wo auch der Processus palatinus des Oberkiefers gebrochen war. Zwei Tage nach dem Unfall erwachte das Bewußtsein. Es wurde Pilokarpin eingespritzt, aber noch nach 14 Tagen war der Patient ganz taub, 10 Tage später wurde auf dem rechten Ohr der Ton einer Galtonpfeife wahrgenommen, weitere 14 Tage später auch auf dem linken Ohr. Tiefe Töne wurden anfangs nicht gehört, dann zuerst rechts der Ton C_1. Der Schwindel war nach vier Wochen verschwunden. Ein Jahr später war die Hörweite rechts normal, links angeblich $1/4$ normal. Mc. K. empfiehlt lange Pilokarpinkur und hohe Dosen.

Der Kranke von Cornet (18) bekam zwei Monate nach einem Sturz auf den Kopf Schwindelanfälle und Neigung zum Fallen nach rechts, ferner Ohrensausen ohne Bewußtlosigkeit oder Taubheit. Die Hörprüfung ergab leichte Sklerose des Mittelohrs, daneben eine rechtsseitige Labyrinthaffektion. Mit Erfolg führte C. die Lumbalpunktion aus. Derartige Labyrinthattaken kommen bei Otosklerose auch ohne vorausgegangenes Trauma vor. (D. Ref.)

Castex (19) hat 78 Fälle von Verletzungen des Ohres nach Unfällen auf der Eisenbahn, im Automobil, nach Minenexplosionen usw. zusammengestellt. Er bedauert, daß Ohrläsionen im Anfang gewöhnlich wegen des Allgemeinzustandes übersehen werden. Später entdeckt man dann eine Taubheit, eine Hyper- oder Parakusis, subjektive Geräusche, Schwindel usw. C. macht auf die Schwierigkeiten der Diagnose aufmerksam bei Fällen, die vorher schon Ohrenleiden hatten. Selten hat man es mit direkten Simulanten zu tun, doch übertreiben fast alle Patienten bewußt oder unbewußt. Eine wiederholte Untersuchung oder Begutachtung ist daher nötig. Die Therapie ist meist machtlos, die Prognose also schlecht. Das Thema ist in der Arbeit von Bernhard (ref. diese Ztg. Nr. 24. 1903) eingehender und gründlicher bearbeitet.

Freund (20) ein Breslauer Nervenarzt weist auf die Notwendigkeit hin, gleich bei der ersten Untersuchung von Unfallverletzten eine Ohruntersuchung vorzunehmen. Notwendig ist demnach, abgesehen von Ohrspiegeluntersuchungen und Auskultation, eine Feststellung der Hörfähigkeit für Sprache und für Stimmgabeltöne nach den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden (mindestens), ferner eine Prüfung der Gleichgewichtsstörungen usw. bei allen Unfällen, bei denen eine allgemeine oder eine Kopferschütterung stattgefunden hat. Eine frühzeitige Ohruntersuchung, die ein schon bestehendes Ohrenleiden feststellt, ist ebenso wertvoll für die spätere Begutachtung wie die Erkennung einer frischen traumatischen Läsion am Trommelfell oder im innern Ohr. Die Ursachen und das Wesen einer traumatischen Neurose erklären sich oft erst durch den Ohrbefund. Während die Ohrenleiden bei der seltenen traumatischen Hypochondrie nur sekundäre Bedeutung haben, kommen sie bei der Hysterie nach Trauma schon mehr in Betracht, wenn auch für deren Entstehung ein psychisches Trauma in erster Linie veranlassend ist. Aber hysterische Taubheit und hysterische Gehörstörungen kommen nach Labyrinthläsionen und ohne diese nach Unfällen nicht so selten vor. Von größter Bedeutung sind traumatische Affektionen des inneren Ohres, insofern sie das ursächliche Moment darstellen für die Entstehung des „vasomotorischen Symptomenkomplexes" (Friedmann), der sich sehr mannigfaltig äußern kann. Kopfschmerz, Schwindel und besonders beim Bücken auftretende Kongestivzustände mit Pulsbeschleunigung sind dessen hervorstechendste Symptome. Eine Labyrinthläsion kann ihre Ursache sein und ist sie vielleicht häufiger als man glaubt, weil sie allzuoft von Patient und Arzt nicht beachtet und nicht festgestellt wird. Gerade hier aber wäre auch für eine erfolgreiche rechtzeitige Behandlung ein Anhaltspunkt gegeben. F. bespricht gerade diese Zustände genauer bezugnehmend auf einige Krankheitsgeschichten.

Zur Begutachtung von Unfallkranken ist aber abgesehen von einer sorgfältigen Diagnose eine eingehende Kenntnis aller Formen der Simulation von Ohrerkrankungen nötig, ebenso sehr wie die Beurteilung der Berufstauglichkeit Ohrenkranker. Hierüber finden wir Aufschluß in folgenden Arbeiten:

21. **Hammerschlag**, Über die Simulation von Ohrerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallerkrankungen des Ohres. (Sep. A. aus der Wien, med. Wochenschr. Nr. 29 u. ff. 1904. Wien, Moritz Perles.)

22. **Gowsejew**, Neue Methode zur Feststellung der Simulation von Taubheit. (Ruskii Wratsch. Nr. 49. 1903. ref. Arch. f. Ohrenheilk. B. 62. S. 324.)

23. **Ganshinsky**, Simulation und vorsätzliche Körperverstümmelung bei den Armeniern. (Wojenno mediz. Shurnal Oktober 1903. ref. ebenda.)

24. **Frantzius**, Bemerkung zu vorstehender Arbeit. (ebenda Januar 1904.)

25. **Toubert**, Über die Bedeutung der persistenten Trommelfellperforationen hinsichtlich der Tauglichkeit zum Militärdienst. (Militärarzt Nr. 1 u. 2. 1904.)

26. **Stein**, Die Grenzen der Schwerhörigkeit. (Nordisk mediz. Archiv. 1903. I. H. 4. ref. Zeitschr. f. Ohrenh. B. 48. H. III.)

Hammerschlag (21) hat in einer sehr umfassenden und dankenswerten Arbeit die Frage der Simulation bei Unfallerkrankungen des Ohres und deren Begutachtung behandelt. Diese Monographie wird ebenso wie die Arbeit von Bernhard, für jeden, der mit solchen Fällen in der Praxis zu tun hat, ein wertvolles Buch sein. Die ganze erste Hälfte desselben handelt von der Begutachtung Unfallverletzter. Nach einleitenden und orientierenden Bemerkungen über Simulation und Übertreibung und deren Begleitumstände wendet sich Verf. zu den „Aufgaben des Arztes bei Unfallerkrankungen des Ohres." Diese präzisiert er in folgenden vier Hauptfragen. 1. Besteht bei dem vom Unfalle Betroffenen ein objektiv nachweisbares Ohrenleiden? In dem Abschnitt wird zunächst ausführlich die Anamnese, die — womöglich klinische — Beobachtung und Untersuchung des Kranken besprochen. 2. Ist das vorhandene Ohrenleiden als Folge des erlittenen Unfalles zu betrachten, bzw. hat es, wenn schon vorher bestanden, durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren? Diese Frage kann nur auf Grund der bei Beantwortung der ersten erhobenen Befunde bisweilen entschieden werden, während man sich sehr häufig darauf beschränken muß, die Möglichkeit eines Zusammenhanges zuzugeben. 3. Ist die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen durch die bestehende Unfallerkrankung des Ohres beschränkt und in welchem Maße? Diese Frage wird im Sinne des Unfall (nicht Kranken-) -versicherungsgesetzes behandelt, wobei die Erwerbsfähigkeit auf den gesamten Arbeitsmarkt bezogen wird, und der Beruf des Verletzten erst in zweiter Linie in Rechnung kommt. Es werden demnach im einzelnen die Fragen nach der Art der Erkrankung, die überhaupt eine Rente bedingt, dann erst nach der Besonderheit des

bei Bemessung der Rente eventuell zu berücksichtigenden Berufs sehr eingehend mit Heranziehung von Beispielen aus der Literatur erörtert. 4. Ist der Tod des Verletzten auf die Unfallerkrankung des Ohres zurückzuführen? Diese Eventualfrage kommt seltener in Betracht und ist meist auch leichter zu beantworten. Der Hauptmangel, der bei diesen Begutachtungen immer wieder zutage tritt, ist das gänzliche Außerachtlassen des Gehörorgans von seiten der meisten Ärzte bei der ersten Untersuchung der Unfallverletzten. Daher dann die Schwierigkeiten bei späteren Untersuchungen und die vielen Simulationsversuche, mit deren Entlarvung sich Verfasser in der zweiten Hälfte der Monographie beschäftigt. Von den zahlreichen Methoden zur Entlarvung einseitig simulierter Hörstörungen scheint sich am besten diejenige von Stenger zu eignen, weil sie die einwandfreieste ist. Die Methoden zur Erkennung beiderseitig simulierter Hörstörungen sind viel weniger zahlreich und noch weniger sicher. Hier ist die klinische Beobachtung von besonderem Wert. Vielleicht hat die Methode von Gowsejew (22), die auch Hammerschlag schon anführt, eine gewisse Zukunft. Sie beruht darauf, daß der Normalhörige Gefühls- und Gehörsempfindung nicht auseinanderhalten kann, wenn man ihm den Rücken mit einer Bürste streicht. Nimmt man nun statt der Bürste die Hand und streicht damit über den Rücken des Prüflings, während man sich selbst den Rock bürstet, so wird der Normalhörige glauben, daß man seinen Rücken bürste, während der Taube eine Empfindung allein hat und sich nicht irrt. Referent vermißt in diesen Arbeiten einige einfache Methoden zur Entlarvung von simulierter Schwerhörigkeit. Die erste ist die, daß man im Gespräch die anfangs laute Sprache immer mehr dämpft, was dem Patienten leicht unbemerkt bleibt. Die zweite beruht auf der Erfahrung, daß Simulanten sehr oft angeben, Flüstersprache nur unmittelbar am Ohr zu hören, wenn sie dort den Hauch des Sprechenden fühlen. Diese Luftbewegung kann man nun vom Assistenten, der den Kopf hält, erzeugen lassen und sich dabei langsam von dem zu untersuchenden Ohr entfernen, wobei man dann gewöhnlich ganz richtige Antworten erhält. Diese einfachen Hilfsmittel führen natürlich nicht immer, aber doch recht häufig zum Ziel.

Ganshinsky (23) berichtet über drei Armenier, die sich ihr gesundes Trommelfell mit Wachs überziehen ließen, um sich dem Militärdienst zu entziehen. Der otoskopische Befund kann in solchen Fällen sehr täuschend sein, wenn die Wachsschicht dünn ist.

Frantzius (24) bemerkt ergänzend hierzu, daß es sich nicht immer um Simulation handeln muß, da bei jenen Leuten die Sitte bestehe, gegen Ohrschmerzen einen gewachsten Papiertrichter ins Ohr zu halten und ihn am anderen Ende anzuzünden. Die Wärme und die entstehende Luftverdünnung sollen schmerzstillend wirken. Das Entstehen von Wachspfröpfen bei dieser Gelegenheit wäre also plausibel.

Toubert (25) mißt Perforationen des Trommelfells im allgemeinen nur dann Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit bei, wenn sie von chronischer Mittelohreiterung begleitet sind, Doch soll man jeden einzelnen Fall sorgfältig untersuchen und während der Dienstzeit im Auge behalten, wenn die Perforation trocken ist. Vom Schwimmen sind solche Soldaten zu befreien; sobald eine Mittelohreiterung auftritt, so gehören sie ins Lazarett, kommt es zu einer Knochenaffektion, so sind sie zu entlassen.

Stein (26) sucht im Interesse einer richtigen Begutachtung Schwerhöriger hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit die zu der Ausübung des jeweiligen Berufs nötige Hörfähigkeit festzustellen. Er teilt die Schwerhörigen nach dem Beruf in vier große Gruppen, die er dadurch abgrenzt, daß er die obere Grenze der Hörweite, über die aber noch geklagt wird, ferner die unterste, über die eben nicht mehr geklagt wird, festlegt. Zwischen den erhaltenen Werten liegt die nötige Hörweite. Für Menschen ohne besondere Verwendung des Gehörs im Beruf, die nur soviel hören müssen, um auf der Straße ungefährdet verkehren zu können, fand er als Minimum eine Hörweite für Flüstersprache von 1 m für Frauen in verschiedenen Berufen 1,5 m, für Männer, die gruppenweise arbeiten, 2 m, für Bedienstete 3—7 m, für Schulkinder, Ärzte, Musiker und Hebeammen mindestens 7 m.

Über Verletzungen von Nase, Nebenhöhlen usw. sind nur einige wenige Arbeiten erschienen:

27. **Texier.** Sur un cas de corps etranger des fosses nasales, par explosion d'une arme de feu. (Revue hébd. de laryngologie. No. 31. 1904.

28. **Aubaret,** Plaies par armes de feu et corps étrangers du sinus maxillaire. (Internat. otolog. Kongreß Bordeaux 1904.)

29. **Veyrassat,** Un cas de luxation des os propres du nez. (Revue médic. de la Suisse Romande 1904. p. 55. ref. Zeitschr. f. Ohrenh. B. 47. H. 4. p. 425.)

30. **Russakow,** Zur Kasuistik der Makroglossie. (Dietskaja Medizina No. 3 1903. ref. Zeitschr. f. Ohrenh. B. 47, H. 1, p. 111.)

Texier (27) behandelte einen 43jährigen Mann mit einer suborbitalen Fistel links und einer gleichseitigen Naseneiterung. Vor 10 Monaten hatte ein Trauma die linke Wange getroffen, hierauf folgte Schwellung und 10 Tage später Abszeß und Fistelbildung, gleichzeitig Naseneiterung. Die Sonde dringt 12 cm in nasaler Richtung in die Fistel ein. Die mittlere Muschel links war geschwollen und berührte die Nasenscheidewand. Daselbst fand sich eine schwärzliche harte Masse, die auch im rechten mittleren Nasengang sichtbar war. Die Sonde durchdringt an der gleichen Stelle von der Fistel aus das Septum. Die Entfernung eines 3 mm dicken Bleistückes gelang durch die Fistel, nachdem es mittelst Nasenzangen von rechts nach links geschoben war. Zur Erklärung dient, daß dem Patienten vor zwei Jahren bei einer Gewehrexplosion der linke Arm amputiert worden war. Das Gewehr hatte zwei Ladungen enthalten und der Lauf war geplatzt. Damals entstand die erste Wunde der Suborbitalgegend. Der später extrahierte Fremdkörper stammt von dieser Verletzung.

Aubaret (28) berichtet über 4 Schußwunden der Kieferhöhle, herrührend von zwei Revolver- und Gewehrschüssen. Zweimal wurde die Kugel extrahiert. Wichtig bei der Untersuchung solcher Verletzungen ist die Durchleuchtung. A. schlägt die Eröffnung von der Fossa canina aus vor oder von der fazialen Seite, wenn Wunden da sind. Stellt man Knochensequester fest, so trage man die laterale Nasenwand ab wie beim chronischen Empyem der Kieferhöhle, um eine breite Kommunikation mit der Nase zu haben. A. bevorzugt das Verfahren nach Luc. Cladwell.

Veyrassat (29) sah eine glücklich verlaufene Nasenverletzung bei einem 33jährigen Schuhmacher. Ein Schlag mit einem Holzschuh hatte die linke Seite der Nasenwurzel getroffen. Beide Nasenbeine waren nach rechts luxiert. Reposition und Heilung gelang ohne Fixationsverband.

Russakow (30) liefert in seiner Publikation einen seltenen Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Makroglossie: Ein 5jähriger Junge erhielt durch einen Unfall eine leichte Zungenverletzung. Nach drei bis vier Tagen trat Fieber auf, die Zunge und die Submaxillardrüsen schwollen an. Im Laufe des nächsten Monats nahm die Zungenschwellung etwas ab, blieb aber dann stationär. Die Größenverhältnisse waren: Länge 6 cm, Breite 5 cm, Dicke 2 cm. Die Oberfläche war uneben und körnig geworden. Ein Keilexzision hatte nur vorübergehenden Erfolg. Mikroskopisch fand sich ein Lymphangiom der Zunge, das wohl angeboren war, aber sich unter dem Einfluß des Traumas stärker entwickelte.

Zum Schlusse seien aus obigen Spezialgebieten noch Monographien erwähnt, die der Redaktion zur Besprechung zugegangen sind und mehr allgemeines Interesse haben.

31. **Bresgen,** Die hauptsächlichsten kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, Herausg. v. Heermann. Heft 8 des VII. Bandes.)

32. **Hölscher,** Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute ebenda, Heft 6 u. 7. Halle. (Marhold. 1904.)

33. **Grunert,** Die Pflege des Ohres und die Verhütung von Ohrerkrankungen. (Medizinische Volksbücherei. Herausg. von Witthauer. Halle. Marhold. 1904.)

Bresgen (31) bringt eine Abhandlung aus der Praxis für die Praxis, die, wie er mit Recht fordert, als Ganzes gelesen werden soll. Es geht daraus hervor, wie wertvoll die richtige Erkennung und Behandlung der katarrhalischen Zustände im Kindesalter für die Entwicklung und Gesundheit der Kinder ist und wie viel hier oft übersehen wird, z. B. bei Nasenbeinbrüchen die Dislokation und die darauf folgende Verengerung des Nasengangs, ferner bei chronischen Nasen- und Rachenaffektionen die Gefahren für Ohr, Sprachentwicklung und geistige Entwicklung. Die Abhandlung gehört in die Hände der Schul- und Kinderärzte in erster Linie, aber auch den Hausärzten wird sie ein wertvoller — leider muß man noch immer sagen — Mahnruf sein.

Hölscher (32) behandelt die otogenen Extraduralabszesse in seiner ersten Monographie auf Grund der Literatur und einer reichhaltigen und interessanten eigenen Kasuistik. Die Arbeit gibt ein klares und umfassendes Bild der in Rede stehenden Erkrankung.

Grunert (33) will durch seine Schrift in Laienkreisen Verständnis für Ohrenkrankheiten und deren Verhütung erwecken, während deren Heilung natürlich Sache des Arztes bleibt. Er weist zunächst auf die volkswirtschaftliche Bedeutung der Ohrenkrankheiten hin und erörtert dann Schutzmaßregeln zu deren Verhütung, soweit sie durch Katarrhe der oberen Luftwege oder durch unzweckmäßige Manipulationen am äußeren Ohr entstehen. Ferner warnt er vor Unvorsichtigkeiten beim Baden von seiten solcher, die offene Trommelfellüken haben, vor fahrlässigen Verletzungen des Ohres. In einem besonderen Abschnitt ist von den Berufskrankheiten und deren Vorbeugung die Rede. Schließlich werden die Symptome der Ohrenleiden im allgemeinen besprochen und anläßlich dieser Auseinandersetzungen wird auf die Wertlosigkeit und Gefährlichkeit der Schwindelartikel hingewiesen, welche die Tagespresse anpreist.

Allgemeines.

Über epidurale Blutaustritte in verbrannten Leichen.

Von Hofacker.

Bemerkungen zur Mitteilung des Medizinalrats Dr. Leonpacher in Heft I 1904 von Friedreichs Blättern für gerichtliche Medizin.

(Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. 1904.)

Leonpacher hatte bei der Obduktion eines verbrannten Leichnams — die Kopfhaut war zerstört, das Schädeldach verkohlt — auf der harten Hirnhaut einen Bluterguß gefunden, dem er eine vitale Entstehung zusprach, um so mehr, als nachweislich der Verstorbene kurz vor dem Tode einen Schlag gegen den Kopf erhalten hatte. Hofacker bezweifelt, wie dem Referenten scheint, nicht mit Unrecht, die Erklärung Leonpachers. Der Verstorbene, ein hochbejahrter Mann, war, nachdem er den Schlag erhalten, noch eine Stiege zum Heuboden hinaufgegangen, der Bluterguß fand sich auf der Seite der größten Hitzewirkung, und es liegt die Vermutung am nächsten, daß dieser Bluterguß erst postmortal durch die Hitzeeinwirkung entstanden ist. Es wären durch diesen wie durch einen andern, an gleicher Stelle mitgeteilten Fall Hofackers neue Beweise erbracht für die Art der postmortalen Entstehung von epiduralen Hämatomen, wie sie durch die Experimente Straßmanns (XV. Hauptversammlung des preußischen Medizinalbeamtenvereins 1898) gezeigt worden ist. Marx-Berlin.

Infantile Mortality From „Overlaying“.

By W. H. Willcox-M. D. London.

(Brit. Medical Journal. September 1904. S. 753.)

Das Ersticken der Kinder unter einem Jahr im Bett, eine bei uns in Deutschland gewiß recht seltene Todesursache, scheint in England und besonders in London einen nicht unwesentlichen Anteil an der verhältnismäßig hohen Kindersterblichkeitsziffer zu haben. In der Zeit von 1891 bis 1900 starben auf diese Weise in England und Wales ohne London 46,45 auf eine Million der Bevölkerung und in London sogar 139,44 auf 1 Million. Für den Zentraldistrikt London gibt der Distriktsarzt im Jahre 1903 sogar 102 Todesfälle durch Ersticken an. Der Gebrauch der Wiege ist in der ärmeren Bevölkerung fast gänzlich unbekannt. Die Kinder unter einem Jahr schlafen meistenteils im Bette der Eltern zwischen Vater und Mutter. Auffallend ist die Tatsache, daß die meisten derartigen Todesfälle sich in der Nacht vom Sonnabend auf Sonntag oder Sonntag auf Montag ereignen. Es läßt sich daraus schließen, daß auch Trunkenheit der Mütter ein nicht unwesentlicher Faktor ist. In Deutschland würden derartig nachlässige Mütter sicher wegen fahrlässiger Tötung angeklagt und mit einigen Jahren Gefängnis bestraft werden. In England ist man zu einer derartigen gesetzlichen Maßnahme bisher nicht geschritten, sondern hofft durch Aufklärung der Mütter und durch Empfehlung des Gebrauches von Wiegen dem Übelstande abzuhelfen. J. Meyer-Lübeck.

Rigor Mortis in Stillborn Children and its Importance from a Medicolegal Point of View.

By C. H. W. Parkinson.

(Britisb. Medic. Journal. September 1904.)

Totenstarre kann schon im Uterus eintreten und entweder ablaufen vor Beendigung der Geburt oder während der Geburt eintreten, die Geburt stören und noch nachher anhalten. Tritt der Tod gegen Ende der Geburt ein und wird die Frucht bald nachher ausgestoßen, so kann die Totenstarre später eintreten. Bei lebendgeborenen Kindern tritt die Totenstarre in der gewöhnlichen Art und Weise ein, d. h. die Glieder werden steif in der Lage, in welcher sie sich gerade befinden, bei totgeborenen Kindern nehmen die Glieder dagegen immer, wenn sie auch vorher ganz lose gelegen haben, wieder die Form wie bei Lagerung des Kindes in der Gebärmutter an. Letzterer Umstand ist wichtig bei Fällen, wo es sich um den Verdacht des Kindesmordes handelt, weil man aus dieser Art der Totenstarre schließen kann, daß das Kind nicht lebend zur Welt gekommen ist. J. Meyer-Lübeck.

Die normalen und anormalen Handtellerlinien und ihre Bedeutung für die Unfallheilkunde.

(S.-A aus der Mon. f. Unfallheilk. 1904.)

Die normalen Handtellerlinien können für die Unfallheilkunde dadurch Bedeutung erlangen, daß sie an der meist gebrauchten Hand schärfer ausgeprägt, tiefer als an der anderen sind. Sie bilden also gegebenenfalls ein objektives Zeichen für Linkshändigkeit, was bei Begutachtung von Verletzungen der oberen Extremität wesentlich ins Gewicht fallen kann. Abnorme Handtellerlinien können unter Umständen als Degenerationszeichen in Betracht kommen. Objektiv lassen sich die Hand-

tellerlinien und ihre verschiedene Tiefe bequem durch Rußpapierabdrücke fixieren. Lehfeldt.

Note sur la méthode dermographique appliquée à la pathologie humaine.

Von Prof. Lannelongue.

(La méd. das acc. du travail. Mai 1904.)

Wenn es seit langem üblich ist, die Ergebnisse der Perkussion auf der Brust und Bauchhaut dermographisch zu fixieren, so hat Lannelongue diese Methode systematisch auch auf andere Körperteile in analoger Weise angewandt. Sehr richtig ist es, zunächst den kranken Körperteil und den entsprechenden der gesunden Seite in genau gleiche Lage zu bringen, da sich die Lage der Knochenvorsprünge zur bedeckenden Haut je nach der Stellung des Gliedes stark ändert. Dann werden zunächst auf der gesunden und danach auf der kranken Seite alle Knochenvorsprünge, Gelenklinien usw. genau abgetastet und mit Feder oder Buntstift auf die Haut markiert. An einer Reihe von Beispielen zeigt Lannelongue, wie beim Vergleich der gesunden mit der erkrankten Seite gewisse Unterschiede sofort in die Augen springen, die die Diagnose wesentlich erleichtern.

Lehfeldt.

Chirurgie.

Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen.

Von Prof. Dr. Wilms.

(Berliner klinische Wochenschrift 1904. Nr. 36. S. 941.)

Eine Beobachtung des Verfassers bestätigt die schon früher von Milner aufgestellte Vermutung, daß hyperalgetische Zonen am Hals bei Kopfschüssen auch ohne Verletzung des Hauptsympathicusgebietes vorkommen können. Es handelt sich um einen 57 jährigen Mann, der sich mit einem 7 mm Revolver gegen die Mitte der Stirn schoß. Patient war nach dem Schuß nicht bewußtlos. Die genauere Untersuchung ergibt eine symmetrische Hyperalgesie am Hals, die nach unten bis an die Clavicula reicht. Nach 19 Tagen trat Meningitis ein und am 16. Tage nach der Verletzung der exitus. Die hyperalgetische Zone war, solange Patient noch reagierte, immer nachzuweisen. Die Obduktion zeigte, daß der Sinus cavernosus und Umgegend nicht verletzt waren. Die Kugel war durch den vorderen Pol des rechten Stirnlappens in horizontaler Richtung bis in den rechten Seitenventrikel geflogen, hatte aber das Gehirn nur in der Distanz bis zum vorderen Ende des Vorderhorns des rechten Seitenventrikels verletzt. Die Kugel fand sich freiliegend im Hinterhorn. J. Meyer-Lübeck.

Über traumatische Lungenhernien ohne penetrierende Thoraxwunde.

Aus der medizin. Universitätsklinik zu Göttingen (Geb. Rat Ebstein).

Von Privatdozent Dr. A. Bickel.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin 1903, 5/6.)

Mitteilung eines Falles von Lungenhernie, die ohne äußere die Thoraxwand penetrierende Wunde entstanden ist und sich erst Jahr und Tag nach einem Trauma entwickelt hat. Durch das Trauma (Stoß gegen die Brust) waren mehrere Rippen frakturiert; das Auftreten eines Hautemphysems wie der gleichzeitig sich anschließende Bluthusten bewiesen, daß Pleura und Lungen verletzt waren. Nachdem die an die Kontusion unmittelbar anschließenden Prozesse rückgängig geworden waren, bildete sich die Hernie aus. Die Vorbedingung für die Affektion scheint in der Läsion bzw. der Funktionsschädigung der Intercostalmuskeln neben der Erweiterung des Zwischenrippenraums zu liegen.

Im vorliegenden Fall wurde die Hernie nur bei starkem Exspirationsdruck manifest und reponierte sich spontan, sobald dieser nachließ.

Verfasser weist auf die Bedeutung derartiger Lungenhernien ohne penetrierende Thoraxwunde für die Unfallpraxis hin. Die Hernie kann sich erst Jahr und Tag nach dem erlittenen Unfall ausbilden, ohne daß man den Charakter als Unfallfolge wird leugnen dürfen. L. Mann-Mannheim.

Ein Beitrag zur Entstehung der Dekubitalgeschwüre im Pharynx.

Von Dr. Christoph Müller, Immenstadt.

(M. Med. Woch. 1904. Nr. 42.)

Infolge Sturzes auf den Kopf entstand bei einem 36 jährigen Patienten eine Anschwellung seines Gefäßkropfes, welche zu Verdrängung des Kehlkopfes, Temperatursteigerung, Beklemmung, Brechreiz, Schlingbeschwerden, Husten, Hautemphysem und Auswürfen von Blutgerinnseln führte. Die Rachenschleimhaut war zu förmlichen Wülsten angeschwollen. Trotz Eröffnung des Hämatomes am Kropf trat der Tod ein; die Sektion ergab, daß durch Druck des Hämatomes auf die Pharynxwand diese nekrotisch geworden und das Geschwür in das Hämatom durchgebrochen war, wodurch das Hautemphysem entstand. Seelhorst.

Ein Fall von Herznaht.

Aus der chir. Abteilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses. Chefarzt Dr. Bergmann.

Von Dr. A. Vogel.

(Zentr.-Bl. f. Chirurgie. 1904. Nr. 22.)

Die durch Resektion des 4. und 5. linken Rippenknorpels freigelegte Wunde führte durch Pleura und Perikard in die rechte Kammer und war in deren Wand $1^1/_2$—2 cm lang. Schluß mit 5 seidenen Knopfnähten, Naht von Perikard und Pleura. Resektion der 8. linken Rippe hinten zur Entfernung des Blutes aus der Pleura, Drainage. Die Naht des Perikard und der Pleura mußte 2 Tage nach der Operation wegen Fortdauer der gleich nach der Operation einsetzenden großen Atembeschwerden wieder geöffnet werden. Nach Ablassen des serös fibrinösen Exsudates aus dem Herzbeutel wurde nunmehr das Perikard drainiert. Obschon das Krankheitsbild mit hoher Pulsfrequenz und hohem Fieber 2 Wochen sehr schwer war, und in der 2. und 4. Woche erst linke dann rechte Lungeninfarkte auftraten, genas Patient und wurde nach $3^1/_4$ Monat entlassen, mit normalem Herz- und Lungenbefund und beschwerdelos selbst bei größeren Anstrengungen. Vorn bestand noch eine $^1/_2$ cm tiefe Fistel. Der Verlauf des Falles spricht mehr für Drainage des Herzbeutels als für primäre Naht. Seelhorst.

Traumatische Entstehung von Krampfadern.

Von Dr. Schmidt-Kottbus.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904, Nr. 8.)

Für die Entstehung von Krampfadern an den Beinen kommt außer der Stauung bei langem Stehen noch ein Faktor in Betracht, der besonders bei der Entstehung von Varizen in der Gravidität eine Rolle spielt, nämlich der starke Druck des Bauchinhaltes auf die in das kleine Becken mündende Schenkelvene. Sie macht über dem Schambeinbogen einen ziemlich starken Knick und verläuft im Becken anfangs mehr horizontal, so daß sie z. B. bei Anspannung der Bauchpresse und gleichzeitiger Inspiration durch den ins kleine Becken gedrängten Bauchinhalt leicht komprimiert werden kann. Auf diese Weise kann es auch zu plötzlicher Entstehung von Varizen kommen. So hat Düms solche nach Anheben eines Geschützes beobachtet. Einen analogen Fall hat Schmidt gemeinsam mit Prof. Thiem begutachtet. Ein Arbeiter, der seit Jahren an beiden Beinen Krampfadern hat, will einen Lowrykasten mit 30 Ztr. Steinkohlen umkippen; er stemmt sich dagegen, bückt sich und gleitet dabei mit dem

linken Fuß aus. Er klagt sofort über heftigen Schmerz in der linken Leiste, versucht am andern Tage noch 3 Stunden zu arbeiten, muß dann aber die Arbeit aussetzen. In den ersten beiden Instanzen wurde der Anspruch auf Rente abgewiesen. Schmidt und Thiem fanden bei dem Verletzten, der auf dem linken Bein leicht hinkte, Krampfadern an beiden Beinen, aber links viel stärker. Besonders auffällig war eine sackartige Erweiterung der Vena femoralis dicht unterhalb der Leistenbeuge. Sie war 5 cm lang und 2 cm breit. Besonders die Tatsache, daß der Verletzte die Arbeit aussetzen mußte, spricht sehr für die Möglichkeit, daß bei dem Ausgleiten des Fußes während einer starken Anstrengung die Vena femoralis gequetscht wurde, und daß sich daran die Ausbildung der Venenerweiterung anschloß.

Lehfeldt.

Innere Medizin.

Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung.

Von Dr. E. Ehrnrooth-Helsingfors.

(Berlin 1904. August Hirschwald.)

Der Gerichtsarzt bezeichnet mit plötzlichem Tod das plötzliche Absterben anscheinend gesunder Persönlichkeiten, sei es, daß sie urplötzlich oder nach einem Unwohlsein von nur wenigen Stunden dahingerafft werden. In einer großen Anzahl solcher Fälle legt die Obduktion die Annahme eines Todes durch Herzlähmung nahe, einzelne Fälle bleiben indessen immer übrig, in denen eine pathalogisch-anatomische Diagnose nicht gestellt werden kann. In solchen Fällen müssen wir die eigentliche Ursache der Herzlähmung außerhalb des Herzens suchen: im Herznervenzentrum, in den Herznerven, in Veränderungen des Blutes oder in irgendeinem anderen Organ, von dem Reflexe auf das Herz wirken können. Dies sind indessen keine motorischen Reflexe im gewöhnlichen Sinne, sondern es handelt sich um „reflektorische Modifikationen der Muskelfunktionen“, die im negativen Sinne die Tätigkeit des Herzens beeinflussen. Nach der myogenen Theorie der Herzinnervation, an deren Richtigkeit wohl nicht mehr zu zweifeln ist, stellt sich das Herz dar als ein Muskel, der ohne Mitwirkung von Nerven und Ganglien nicht nur sich selbst erregt, sondern der auch die Sukzession und Koordination der Bewegungen seiner einzelnen Abteilungen ohne Mithilfe intrakardialer Nervenelemente in zweckmäßiger, die peristaltische Fortbewegung des Blutes veranlassender Weise auf rein myogenem Wege zustande bringt. Nach der myogenen Theorie unterscheidet man vier nervöse Grundfunktionen: Chronotrope, bathmotrope, dromotrope und inotrope: also Nerven, die zum Tempo, zum Schwellenwert des Reizes, zu der Reizleitungsfähigkeit und zur Kraft, Größe, Dauer und Verlauf des Kontraktionsvermögens Beziehung haben.

Die Lähmung des Herzmuskels kann also nicht mit der Lähmung des quergestreiften Muskels resp. dessen motorischen Nerven, wie es öfters geschieht, ohne weiteres verglichen werden.

Unter den Ursachen des plötzlichen Todes ist in erster Reihe die Arteriosklerose zu nennen und zwar die Sklerose der Herzschlagadern mit oder ohne Sklerose des Herzmuskels, der Klappen und des Endokards, ferner die Sklerose der Aorta und schließlich die universelle Arteriosklerose, sowie in einigen selteneren Fällen die Sklerose der Lungenschlagader.

Über die Sektionsresultate bei 16 derartigen Fällen von plötzlichem Herztod, bei denen sich Arteriosklerose fand, wird vom Verfasser eingehend berichtet. In den meisten Fällen zeigt sich eine erhebliche Dilatation sowohl der linken als der rechten Kammer. In vier Fällen zeigte sich mikroskopisch eine deutliche Diastase zwischen den Muskelfasern bei gleichzeitigem Zerfall der kollagenen, elastischen Fasern. Gemäß der myogenen Theorie kommt diesem Befund eine sehr erhebliche Bedeutung zu. Denkt man sich das Reizleitungsvermögen der Muskelzellen ohne Nervenfasern nur durch Kontakt zwischen den ebengenannten Zellen stattfindend, so kann die Reizleitung schwerlich ohne Hindernis in einer Muskulatur noch vor sich gehen, in welcher dieser innige Kontakt zwischen den Muskelzellen mehr oder weniger aufgehoben ist.

Fragmentatio myocardii, ein Zerlegen der Primitivbündel der Muskel in Fragmente hat sich in ungefähr ein Drittel der untersuchten Fälle ergeben. Mitunter fanden sich stark fettig entartete Muskelfasern wenig oder gar nicht fragmentiert, während danebenliegende, anscheinend normale, hochgradig zerklüftet waren. Ob die Fragmentatio überhaupt ein vitaler Vorgang ist, läßt sich noch nicht sicher beweisen, jedenfalls scheint sie von keiner gerichtsärztlichen Bedeutung zu sein. Von den näher beschriebenen Fällen des Verfassers haben, soweit die anamnestischen Angaben vorhanden sind, mindestens 50% vorher Anfälle von Angina pectoris gehabt. Manche sind auch in einem solchen Anfalle verschieden und es scheint sehr wahrscheinlich, daß noch viele mit Koronarsklerose, die vorher keinen Anfall gehabt haben, auch in einem solchen, dem ersten stenokardischen Anfall, gestorben sind. Äehnlich der Angina pectoris und häufig damit verwechselt ist das Asthma cardiale, welches sich hauptsächlich bei der Kardionephrosklerose findet, namentlich in solchen Fällen, die mit Lungenemphysem und anderen chronischen Lungenkrankheiten kompliziert sind und in denen man bei der Sektion meistens hochgradiges Lungenödem findet. In 29 Fällen des Verfassers fand sich Nephritis, in 43 von 80 Transsudation in Lungen oder Gehirn. Eine besondere Form der Arteriosklerose, nämlich die Kardio-bulbäre, ist die Stokes-Adamsche Krankheit, ausgezeichnet durch anfallsweise auftretende Pulsverlangsamung, apoplektiforme Anfälle mit epileptiformen Krämpfen und einem komatösen Zustand. Diese fand sich in vier Fällen.

Syphilis findet sich in der Anamese der plötzlichen Herztodesfälle sehr häufig, ebenso wie luetische Veränderungen am Herzen. Der plötzliche Tod infolge von Herz- resp. Aortasyphilis betrifft meist junge Individuen. In dem Material des Verfassers, wo anamnestische Angaben meist fehlen und nur in 20% der Fälle mikroskopische Untersuchungen vorgenommen wurden, läßt sich nicht viel Interessantes über Herzsyphilis finden.

Hämatoperikardium fand sich in 12 Fällen. In gerichtlich medizinischer Hinsicht ist wichtig, daß der Tod bei Hämatoperikardium meist nicht plötzlich durch die Verblutung, sondern durch die sogenannte Herztamponade eintritt.

Fettherz und Fettdegeneration des Herzmuskels, Krankheiten ganz verschiedener Art, die nicht mit einander verwechselt werden dürfen, aber nicht selten gleichzeitig mit einander vorkommen, sind häufig Ursachen des plötzlichen Herztodes. In den meisten Fällen von Arteriosklerose fand sich mehr oder weniger Fettdegeneration, außerdem fünf Fälle, wo außer Degeneratio adiposa cordis keine andere Veränderung zu konstatieren war.

Chronisch-latente Endokarditis findet man bei plötzlichen Todesfällen nicht selten. Meist haben sich die chronischen Herzklappenfehler auf arteriosklerotischer Basis entwickelt und sind mit Aorten- und Kranzarteriensklerose kompliziert. In zwei Fällen fand sich chronisch adhäsive Perikarditis als einzige Todesursache.

Plötzlicher Tod durch Herzlähmung kommt verhältnismäßig häufig vor bei Individuen mit Bildungsanomalien der Aorta, vor allem ist es die Enge des Aortensystems, namentlich bei jungen Mädchen, die dadurch zur Chlorose neigen. Neubildungen des Herzens sind selten. Tod durch persistierende Thymus, von manchen als Todesursache noch angezweifelt, fand sich in den 125 Fällen des Verfassers viermal.

Von den Gelegenheitsursachen des plötzlichen Todes durch Herzlähmung sind außer latent verlaufenen infektiösen Krank-

heiten in erster Linie zu nennen körperliche Anstrengungen und psychische Erregungen. Reflektorische Beeinflussungen, sowohl hemmende als verstärkende Herzreflexe, können von den verschiedensten Organen ausgelöst werden. Besonders empfindlich in dieser Beziehung sind die Hoden, Uterus und die Ovarien, sowie das Epigastrium bei Schlägen und Stößen gegen dasselbe.

Der plötzliche Herztod läßt sich durch keine sicheren anatomischen Merkmale erkennen. Die noch hier und da angegebene Blutfüllung des linken Ventrikels ist ebensowenig ein Zeichen für die plötzliche Herzlähmung wie die Ekchymosen und Blutergüsse gegen primäre Herzlähmung sprechen.

Da sich die plötzliche Herzlähmung aus keinem sicheren anatomischen Merkmal erkennen läßt, sondern fast mehr durch die negativen Leichenbefunde und auf Grund der Umstände, unter welchen der Tod eingetreten ist, so ist es für den Obduzenten von der allergrößten Bedeutung, möglichst vollständige Angaben darüber zu bekommen, wie der Betreffende gestorben ist und ob er etwa früher unter Umständen in ähnlicher Weise und mit ähnlichen Symptomen erkrankt war. J. Meyer-Lübeck.

Die Ätiologie der Arteriosklerose.

Von Dr. Moritz.

(St. Petersburger med. Wochenschr. 1904. Nr. 12.)

Moritz suchte nach zahlenmäßigen Beweisen für den Einfluß von Syphilis und Alkohol auf vorzeitige Entwickelung der Arteriosklerose. Er zählte 100 Patienten unter 60 Jahren aus, die an Arteriosklerose, Aortenaneurysma, Angina pectoris oder degenerativer Myocarditis litten. Angeschlossen wurden Klappenfehler nach rheumatischer Endokarditis, sekundäre Degenerationen des Myocards und das Fettherz der Trinker. In Bezug auf Syphilis ließen sich die Antecedentien in 87 Fällen feststellen; bei 47 Patienten wurde sie direkt festgestellt, die 40 anderen leugneten sie. Somit hatten 54 % der Kranken an Syphilis gelitten, während in der allgemeinen Bevölkerung die Anzahl der Syphilitischen unter den männlichen Erwachsenen nach Erb 12 % beträgt. Etienne in Nancy fand unter 240 Kranken mit Aortenaneurysma 69 % Syphilitiker. — Über den Einfluß des Alkohols ließen sich in 89 Fällen zuverlässige Angaben gewinnen. 47 Kranke (= 53 %) waren starke Trinker, 38 (= 42,5 %) mäßige Trinker und 4 (= 4,5 %) genossen nur unbedeutende Alkoholmengen. Unter den oben angeführten 47 Syphilitischen waren 24 starke, 16 mäßige Trinker, während bei den übrigen 7 nichts Genaues zu ermitteln war. Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Ein Beitrag zur Ätiologie der Entbindungslähmungen.

(Klinik Schauta.)

Von Dr. Stolper.

(Wien. med. Wochenschr. Nr. 32. 1903.)

Verf. hat schon früher über diese Affektionen, die sich als Duchennesche Lähmungen charakterisieren, veröffentlicht. Er bringt wieder zwei Fälle, in welchen die Zerrung des V. und VI. Zervikalnerven durch starken Zug am Kopfe bei schwieriger Entwicklung der Schultern zustande gekommen war. Das Radiogramm lieferte den Beweis, daß es sich nicht etwa um Epiphysenlösungen gehandelt hat. Schwarze.

Durch Nervenanastomose geheilte traumatische Fazialislähmung.

Von W. Mintz. Chirurg am Altkatharinenhospital zu Moskau.

(Centralbl. f. Chir. 1904.)

Es gelang dem Verfasser bei einem 30jährigen Manne, welchem bei Radikaloperation wegen chronischer Mittelohreiterung der Fazialisstamm verletzt war, die totale Fazialislähmung in eine Parese zu verwandeln, welche sich unter elektrischer Behandlung noch zusehends bessert, indem er den Fazialisstamm bei dem Eintritt in die Parotis aufsuchte, quer durchtrennte und ihn mit dem für den Sternocleidomastoideus bestimmten Teil des Accessorius, der ebenso quer durchtrennt wurde, Ende zu Ende vernähte. Die Herstellung der Funktion im gesamten Fazialisgebiet begann nach zwei Monaten. Seelhorst.

Ein Fall von Hirntumor nach Trauma. Operation.

Von Dr. E. Liefmann-Hamburg.

(Berliner klinische Wochenschrift 1904 Nr. 36. S. 949.)

Verf. berichtet über einen Fall von Hirntumor, welcher wohl geeignet ist, die traumatische Entstehungsweise von Geschwülsten wahrscheinlich zu machen.

Es handelt sich um einen bisher gesunden Steward, der freilich wahrscheinlich, wenn auch nicht sicher, vorher luetisch infiziert war. Dieser erleidet ein heftiges Kopftrauma durch Stoß mit dem Kopf gegen eine eiserne Schottentür des Dampfers. Die Wunde hinterläßt über dem rechten Scheitelbein eine Narbe von einigen Zentimetern Länge. Der Mann fühlt sich hinterher völlig wohl, erkrankt über 8 Monate später an überaus heftigen Kopfschmerzen. Wiederum 8 Monate später beginnen die Zeichen einer isolierten Rindenerkrankung in Gestalt von Krämpfen im linken Arm, die endlich auch das linke Bein ergreifen und zu Hemiparese führen. Dabei bestand hochgradige Stauungspapille. Das Sehvermögen schwindet rapide. Eine eingeleitete antiluetische Kur (Hg. und Jod) blieb ohne jeden Erfolg. Bei der darauf vorgenommenen Operation wird ein zirka hühnereigroßer Tumor entfernt. Der Tumor ließ sich nicht deutlich gegen das gesunde Gewebe abgrenzen und erwies sich bei der Untersuchung als ein Spindelzellensarkom. Nach drei Wochen wird, da sich die Anfälle im linken Arm immer noch wieder einstellen, in Narkose, wiederum ein kugeliger Tumor konstatiert. Bis zum Kugeläquator ließ sich dieser Tumor von der Umgebung ablösen, ging aber in der Tiefe diffus in das Hirngewebe über und konnte daher nur teilweise entfernt werden. Patient überstand auch diesen Eingriff gut. Es bildete sich ein allmählich zunehmender Hirnprolaps. Das Befinden besserte sich dann zeitweise. Verf. verlor den Patient dann aus den Augen; er wird wohl inzwischen seinem Tumor erlegen sein. Interessant an dem Fall ist das der Erkrankung vorhergehende Kopftrauma. Wir haben die Kopfverletzung, den Ort derselben genau bezeichnet durch eine Narbe, welche z. T. zusammen fällt mit der auf das Schädeldach projizierten vorderen Zentralwindung, wir haben nach achtmonatlicher Latenz den Beginn der allgemeinen Hirnsymptome, ein Jahr später wird der Mann trepaniert und genau unter der Narbe findet man das Sarkom. Dem Kranken wurde auf Grund des Gutachtens, welches den Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Geschwulstbildung als sehr wahrscheinlich bezeichnet, die volle Unfallrente zugesprochen.

J. Meyer-Lübeck.

Über einen Fall von Hirnabszeß bei katatonischem Krankheitsverlauf.

Von R. Schmidt.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 61. H. 5.)

Verfasser berichtet über die Erkrankung eines 24jährigen Mädchens, die uns beweist, wie schwierig es selbst bei jahrelanger ständiger Beobachtung sein kann, eine Psychose mit einem bestehenden organischen Leiden in Zusammenhang zu bringen. Die Kranke, hereditär stark belastet, hatte im 19. Jahre Diphtherie, kam körperlich allmählich herunter, verlor den Appetit, war mißmutig und unlustig zur Arbeit, litt an Kopfschmerzen, Magenkatarrh usw. Im 24. Jahr erfolgte die Aufnahme in die Anstalt (Alt-Scherbitz). Sie war teils albern

läppisch, erotisch erregt, teils ganz still, wochenlang stumm. Neben ausgesprochenem Negativismus Neigung zu impulsiven Handlungen. Daneben zahlreiche Sinnestäuschungen und Wahn ideen meist persekutorischen Jnhalts. Der ganze Verlauf fortschreitend bis auf eine kurze Zeit der Remission. Von körperlichen Krankheiten besonders bemerkenswert ein Gesichtserysipel etwa 11 Monat vor den Tod. Der Tod erfolgte nach heftigen Durchfallen und Erbrechen unter dem Bilde der Erschöpfung. Der Puls war öfter unregelmäßig, dies konnte aber auf körperliche Erkrankungen oder Erregungszustände zurückgeführt werden. Der Augenhintergrund ist nicht untersucht worden. Die Diagnose war erst auf Hysterie, dann auf Katatonie gestellt. Die Sektion ergab einen hühnereigroßen Gehirnabszeß in der Gegend des linken oberen Scheitellappens. Hoppe-Uchtspringe.

Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung.

Von Reichardt.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61, H. 4.)

Von den in der Literatur als „Geistesstörungen nach Kopfverletzungen“ beschriebenen Zuständen will R. eine Gruppe als Geistesstörungen nach Hirnerschütterung absondern, in welchen nach den Traumen zuerst die Hirnerschütterung das klinische Bild beherrscht, ohne daß der weitere Verlauf das Vorhandensein umfangreicher Blutung oder starker Absprengung des Schädeldaches wahrscheinlich macht. Da eine Hirnerschütterung auch durch Fall auf das Gesäß oder die Füsse erfolgen kann, tritt diese schon hierdurch aus dem Rahmen der Kopfverletzungen (in gewöhnlichem Sinne) heraus. Direkt verursacht durch die Hirnerschütterung werden 1. vorübergehende oder bleibende Mängel der Intelligenz, in erster Linie des Gedächtnisses; 2. akute Psychosen, die ausheilen können oder mit Verblödung enden; 3. Charakterveränderungen (Reizbarkeit, Alkoholintoleranz usw.); 4. Schwachsinn (Dementia posttraumatica), der dem paralytischen oder auf starker Arteriosklerose beruhenden sehr ähnlich werden kann. Während die chronischen Geistesstörungen bereits allgemein bekannt sind, scheint es an Beobachtungen der akuten Geistesstörungen nach Hirnerschütterung zu fehlen. Verf. berichtet deshalb über sieben Fälle, die zum Teil in der Würzburger Klinik beobachtet wurden, zum Teil aus der Literatur gesammelt sind. Die Krankheit hatte Personen befallen, die vorher geistig absolut gesund waren. Als Ursache der Erkrankung kam fünfmal nur die Gehirnerschütterung in Betracht. Die Psychose selbst entwickelte sich aus einem deliriösen oder somnolenten Stadium, hatte eine Dauer von drei bis fünf Wochen, endete meist mit völliger Wiederherstellung und bot ein sehr verschiedenes klinisches Bild. Je nachdem vorwiegend die sensorischen Projektionsfelder oder Rindenabschnitte getroffen waren, entwickelten sich Störungen der Apperzeption, primären Identifikation und solche der räumlichen Orientiertheit, Seelenblindheit, Asymbolie und ein der Korsakowschen Psychose sehr ähnlicher Symptomenkomplex. Von Gedächtnisdefekten fanden sich Störungen der Merkfähigkeit und retrograde Amnesie. Wie die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, sind die Aussichten auf völlige Wiederherstellung nicht ungünstige, bessere jedenfalls als eine Anzahl Autoren annimmt, die jede posttraumatische Psychose in sekundären Schwachsinn übergehen läßt. Hoppe-Uchtspringe.

Myasthenia pseudoparalytica (Erbsche Krankheit) mit Zungenatrophie nach Überanstrengung.

Von Prof. P. K. Pel-Amsterdam.

(Berliner klinische Wochenschrift 1904 Nr. 35. S. 917.)

Es handelt sich um eine 22 jährige unverheiratete Putzmacherin, die unter Symptomen der Myasthenie erkrankte. Das Leiden begann mit Ermüdung beim Sprechen, dann traten Schluckbeschwerden ein, bald darauf Müdigkeit in den Armen und Beinen, Diplopie und Atembeschwerden. Zweimal hatte sie förmliche Erstickungsanfälle. Bei absoluter Ruhe besserten sich die Beschwerden, traten jedoch bald wieder auf. Nach einjähriger Dauer des Leidens wurde die Kranke in die Klinik aufgenommen. An der Diagnose Myasthenia pseudoparalytica konnte nicht gezweifelt werden. Dagegen sprach höchstens der Befund der Zungenatrophie, während sonst gerade das Fehlen trophischer Störungen an der Muskulatur als charakterisch für die Krankheit angesehen wird. Die Veranlassung zu der Erkrankung war nach Ansicht des Verf. eine ganz kolossale Überanstrengung. Die Kranke hatte täglich zirka 15 Stunden gearbeitet, ohne sich dabei irgendeine Ruhepause zu gönnen. Dabei waren außerdem ungünstige häusliche Verhältnisse vorhanden, welche als disponierende Momente mitwirkten. Der Krankheitsprozeß spielt sich vorwiegend im Zentralnervensystem ab, wenn auch die übereinstimmenden Befunde von Weigert, Goldstein und Link, welche multiple kleine Zellherde in verschiedenen Muskeln fanden, nicht zu unterschätzen sind.

Während des Druckes der Arbeit ist die Pat. verstorben. Makroskopisch wurde am Nervensystem keine Anomalie aufgefunden. Die genauere mikroskopische Untersuchung steht noch aus. J. Meyer-Lübeck.

Über einen Fall von multipler progressiver Muskelatrophie nach Trauma.

Von St.-A. Dr. Henning-Graudenz.

(Dtsch. militärztl. Ztschr. 1903. Nr. 2.)

26 jähriger Kranker aus gesunder Familie. In der Anamnese keine erhebliche Belastung, keine schädigenden Einflüsse, wie schwere Infektionskrankheiten, Lues, spinale Kinderlähmung, schwere Durchnässung oder toxische Einflüsse (Blei, Arsen, Nikotin, Alkohol). Am 5. September 1900 erhält er beim Abschirren der Pferde einen Hufschlag in den unteren Teil des Rückens, fällt zu Boden und quetscht sich den rechten Arm. Alsbald nach dem Unfall Rückenschmerzen und Schwäche im Kreuz. Bis zum Februar 1902, wo H. den Kranken vorstellte, entwickelte sich eine progressive Atrophie der Muskeln des Rückens, Becken- und Schultergürtels, während die vom Rumpf entfernter liegenden Teile der Extremitäten intakt blieben. An den erkrankten Muskeln partielle Entartungsreaktion, Sensibilität ungestört, keine fibrillären Zuckungen. Das Krankheitsbild (das durch vier lehrreiche Abbildungen erläutert ist) entspricht der Erbschen progressiven juvilen Muskelatrophie. Über die Entstehung dieses Leidens wissen wir nichts Sicheres; im vorliegenden Fall ist die Abhängigkeit vom Unfall zwar nicht bestimmt nachzuweisen, aber vom Standpunkt des Gutachters doch als sehr wahrscheinlich zu bezeichnen. Lehfeldt.

Zwei ärztliche Obergutachten.

Von Prof. Eulenburg-Berlin.

(Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts. 1904. Nr. 10 u. 11.)

1. Entstehung einer Dementia paralytica durch einen sogen. „elektrischen Unfall“. — Ein 1872 geborener, früher stets gesunder Elektrotechniker ist vom Dezember 1899 bis August 1901 in einem Elektrizitätswerk als Techniker angestellt. Im März 1902 erhebt sein Vater Anspruch auf Rente wegen geistiger Schwäche bei seinem Sohne, die später als Dementia paralytica erkannt wird. Er führt die Erkrankung auf einen im Juni 1901 erlittenen Unfall zurück. Damals habe sein Sohn eines Tages erzählt, er sei von einem elektrischen Strom mehrmals zu Boden geworfen worden, so daß er bewußtlos geworden sei. Er habe den Eindruck gemacht, als sei er im Kopfe nicht recht richtig. Er sei 8 Tage im Krankenhause gewesen, doch habe sich der Zustand so verschlimmert, daß er am 1. August 1901 von der

Fabrik als unbrauchbar entlassen sei. Die Berufsgenossenschaft weist den Anspruch ab, weil über den Unfall im Juni 1901 nichts zu ermitteln sei. Das Schiedsgericht aber stellt fest, daß der Erkrankte schon am 5. Januar 1900 einen „elektrischen Unfall“ erlitten habe. Beim Bedienen eines Telephons sprang damals ein Strom von anscheinend hoher Spannung auf ihn über; er war danach ganz blaß und verstört. Weitere Ermittlungen ergaben nun, daß schon im August 1900 Bekannten des Kranken sein verändertes, ungeschicktes Wesen aufgefallen sei, und die Zeugenaussagen lassen keinen Zweifel daran, daß die Anfänge der Erkrankung so weit zurückreichen. Im Anschluß an Jellineks „Elektropathologie“ hält Eulenburg für höchst wahrscheinlich, daß die geistige Erkrankung durch jenen Unfall bedingt sei. Daß die Krankheit nicht sofort, sondern erst einige Zeit nach dem Unfall zum Ausbruch kam, scheint für „elektrische Unfälle“ geradezu charakteristisch zu sein. Wahrscheinlich handelt es sich um mikroskopisch feine anatomische Veränderungen, deren funktionelle Folgen sich erst später bemerkbar machen.

2. Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall (Aufschlagen mit beiden Knien auf die eiserne Schiene eines Fahrstuhls beim Hinfallen) und einer Syringomyelie. — Ein 44 jähriger Mann erleidet am 17. Januar 1901 den geschilderten Unfall, wobei besonders das rechte Bein betroffen zu sein schien. Die ersten Gutachten sprechen nur von den Veränderungen an den Knien, wegen deren der Verletzte zuerst $33^1/_3$%, später 10% Rente erhalten sollte. Erst $13^1/_2$ Monate nach dem Unfall ist zum erstenmal die Rede von nervösen Störungen, die sich allmählich steigern, bis das ausgesprochene Bild der Syringomyelie entsteht. Der erste Gutachter glaubt einen Zusammenhang mit dem Unfall ausschließen zu wollen, der zweite hält einen solchen Zusammenhang für sehr wahrscheinlich und der dritte glaubt, daß das Leiden zwar schon früher bestanden habe, aber durch den Unfall verschlimmert und in seinem Verlauf beschleunigt sei. Für die letztere Annahme vermißt Eulenburg jeden Beweis; von einer Beschleunigung sei schon deshalb keine Rede, weil die Erkrankung erst so lange nach dem Unfall sich bemerkbar machte und auch weiterhin sehr langsam verlief. Dagegen nimmt er mit dem zweiten Gutachter an, daß das Rückenmarksleiden sehr wahrscheinlich durch den Unfall hervorgerufen sei. Dafür spricht die Tatsache, daß bei dem Kranken zwar auch die Arme, aber weit stärker die Beine, zumal das rechte, die für Syringomylie charakteristischen Empfindungsstörungen in bezug auf Temperatursinn und Muskelgefühl zeigten. Im gewöhnlichen Verlauf der Syringomyelie ist im Gegensatz dazu fast ausschließlich die obere Hälfte des Rückenmarkes, zumal der Halsteil, befallen.

In beiden Fällen sprach das R.-V.-A. auf Grund der Eulenburgschen Gutachten den Verletzten die Vollrente zu.

Lehfeldt.

Gerichtliche Entscheidung.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Die Einweisung in eine Heilanstalt muß durch berufungsfähigen Bescheid geschehen. Die Verletzten sind nicht verbunden, Operationen an sich vornehmen zu lassen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen.

Rekurs-Entsch. vom 29. III. 04.

Der Häuer Christian J. erlitt am 12. April 1900 auf Grube Penzberg durch Einfliegen eines Kohlensplitters in das linke Auge ein Hornhautgeschwür mit heftigen Entzündungserscheinungen, wodurch eine Herabsetzung der Sehschärfe auf $^5/_{100}$ entstand, J. bezog seit 1. September 1901 eine Unfallrente von 15% und wurde mit Schriftsatz vom 10. Oktober 1903 durch den Sektionsvorstand aufgefordert, sich in die Behandlung der Kgl. Universitätsklinik zu München zu begeben, weil nach ärztlichem Dafürhalten die Möglichkeit bestehe, daß durch Einleitung eines entsprechenden Heilverfahrens die bei J. vorhandene Erwerbsbeschränktheit wesentlich gemindert und voraussichtlich wieder volle Erwerbsfähigkeit herbeigeführt werden könnte. In dem Schriftsatz wurde bemerkt, daß, falls J. dieser Aufforderung nicht nachkomme, angenommen würde, daß durch das Heilverfahren die Unfallfolgen voraussichtlich gänzlich beseitigt worden wären. J. ließ die Aufforderung unbeachtet, weshalb der Sektionsvorstand mit Bescheid vom 29. Oktober 1903 die Rente von 15% mit Wirkung vom 1. November 1903 ab vorläufig für die Dauer eines Jahres in Anwendung des § 23 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. einstellte. Auf die Berufung des J. hin verurteilte das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der Rente, weil der vorzunehmende Eingriff einer Operation gleich zu erachten sei, die der Verletzte abzulehnen befugt wäre. Der gegen diese Entscheidung von der Berufsgenossenschaft eingelegte Rekurs wurde unter Zuerkennung von 3 M. außergerichtlichen Kosten zurückgewiesen. Gründe:

Die Beklagte hat dem Kläger durch den angefochtenen Bescheid vom 29. Oktober 1903 den Schadenersatz für die Folgen des Unfalls vom 12. April 1900 in Anwendung des § 23 Absatz 2 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. auf Zeit ganz versagt, weil er sich geweigert hat, sich einem von ihr angeordneten Heilverfahren, das in der Tätowierung eines von jenem Unfall herrührenden Hornhautflecks auf dem linken Auge bestehen sollte, zu unterziehen. Sie ist jedoch schon deshalb nicht befugt, aus dem ablehnenden Verhalten des Klägers Rechte gegen ihn herzuleiten, weil sie die Anordnung an den Kläger, sich zum Zwecke jener Behandlung in ein Krankenhaus zu begeben, nicht in der Form eines berufungsfähigen Bescheides erteilt hat. Das R.-V.-A. hat schon unter der Herrschaft der früheren Unf.-Vers.-Ges. streng daran festgehalten, daß diese Form der Einweisung in die Heilbehandlung beobachtet werden muß, damit die Zulässigkeit einer solchen Maßnahme im instanzmäßigen Verfahren nachgeprüft werden kann, und daß die Nichterteilung eines berufungsfähigen Bescheides der Berufsgenossenschaft die Möglichkeit nimmt, gegen den Verletzten, falls er sich überhaupt weigert, der Anordnung Folge zu leisten, irgendwelche Nachteile in betreff seiner Rente eintreten zu lassen (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 1 Absatz 2 zu § 7 des Unf.-Vers.-Ges. und Rekursentscheidung 1685 Absatz 2, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1897 Seite 280 und andere). An diesem Grundsatze muß auch bei Anwendung der neuen Unf.-Vers.-Ges. festgehalten werden, da diese eine entgegenstehende Vorschrift nicht enthalten und der angeführte, für seine Aufstellung maßgebend gewesene Gesichtspunkt nach wie vor der Berücksichtigung bedarf. Tatsächlich ist denn auch in neuerer Zeit wiederholt seitens des R.-V.-A. einer Berufsgenossenschaft, welche die Anordnung eines Heilverfahrens nicht in berufungsfähiger Form ausgesprochen hatte, das Recht versagt worden, von der Bestimmung des § 23 Absatz 2 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. gegen den Verletzten Gebrauch zu machen.

Führt schon dieser Grund zur Zurückweisung des Rekurses der Beklagten, so ist zur Vermeidung eines neuen vergeblichen Verfahrens auch die Frage, ob die Anordnung der hier beabsichtigten Behandlung sachlich zulässig war, geprüft worden, und zwar mit demselben für die Beklagte ungünstigen Erfolge. Allerdings hat das R.-V.-A. stets die Pflicht der Verletzten betont, an ihrem Teile zur möglichst erfolgreichen Durchführung des Heilverfahrens mitzuwirken und sich namentlich nicht offenbar ungefährlichen Maßnahmen zu widersetzen. Andererseits ist aber in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten worden, daß die Verletzten nicht verbunden sind, Operationen an sich vornehmen zu lassen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 3 zu § 5 des Unf.-Vers.-Ges.). Die beklagte Berufsgenossenschaft glaubt nun, trotz Anerkennung dieses Rechtsstandpunktes von dem Kläger die Duldung der bezeichneten Maßnahme verlangen zu dürfen, weil diese eine „Operation“ im Sinne

jener Rechtssprechung nicht darstelle. Dieser Auffassung konnte in Übereinstimmung mit dem Schiedsgericht nicht beigetreten werden. Auch der Direktor der Kgl. Universitäts-Augenklinik in München, Professor Dr. E., ist in seiner Äußerung vom 26. November 1903, auf die sich die Beklagte beruft, keineswegs bestimmt zu der Ansicht gelangt, daß die Tätowierung der Hornhaut mit schwarzer Tusche keine „Operation" im Rechtssinne darstelle. Denn er bezeichnet sie immer als einen „Eingriff" — wenn auch als einen „harmlosen" und „eigentlichen Augenoperationen, wie zum Beispiel der Bildung eines künstlichen Sehlochs, nicht gleichzustellenden" — und hat der Berufsgenossenschaft vorherige Anfrage bei dem Landesversicherungsamt empfohlen. In der Tat handelt es sich, wie der Sachverständige zutreffend empfunden hat, bei der hier erforderlichen Beurteilung mehr um die rechtliche als um die medizinische Seite der Frage. Der im vorliegenden Falle zur Entscheidung berufene Senat hat sich im Anschluß an ein dieselbe Frage behandelndes früheres Urteil des R.-V.-A. (in Sachen Pohle wider die Brandenburgische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft — Pr.-L. 1913/99) von folgenden Erwägungen leiten lassen: In einem auch in jener Entscheidung verwerteten Gutachten, welches in der von dem Sanitätsrat Professor Dr. C. Thiem in Kottbus herausgegebenen „Monatsschrift für Unfallheilkunde" — 1897 Seite 403 ff. — unter der Überschrift: „Muß ein Unfallverletzter die ärztlicherseits für notwendig erachtete Tätowierung eines Hornhautflecks auf Anordnung der Genossenschaft erdulden?" veröffentlicht worden ist, beschreibt der Augenarzt Dr. Cramer in Kottbus die fragliche Maßnahme in folgender Weise:

„Die vielfach geübte Tätowierung eines halbdurchsichtigen dadurch das Licht zerstreuenden und undeutliche Netzhautbilder hervorrufenden Hornhautflecks geschieht dadurch, daß nach gründlicher Unempfindlichmachung der Hornhaut durch Kokain oder ähnliche Mittel zahlreiche, schräg verlaufende Stiche mit geeigneten Nadeln oder Nadelbündeln im Gebiet des zu färbenden Weißflecks angelegt werden, in die chinesische Tusche, die unter Beobachtung der Gesetze der Aseptik zu einem dicken Brei verrieben ist, mit einem geeigneten Spatel hineingedrückt wird."

Aus dieser — im wesentlichen mit den in der vorliegenden Sache von Dr. H. und Professor Dr. E. hierüber gemachten Angaben übereinstimmenden, nur etwas eingehenderen — Schilderung geht hervor, daß das Tätowieren eines Hornhautflecks einen Eingriff in die Unversehrtheit des Körpers darstellt, da der Hornhaut durch das Stechen oder Ritzen mit Nadeln zahlreiche, wenn auch sehr kleine Wunden beigebracht werden. Dazu kommt, daß nach den weiteren Ausführungen in den bezeichneten Aufsatz die Tätowierung keineswegs eine völlig gefahrlose Behandlung ist. Denn sie darf nur vorgenommen werden, wenn „in der zu färbenden Hornhaut, wie in der Regenbogenhaut und in der Strahlenkörpergegend seit kürzerer Zeit keine Entzündungserscheinungen irgendwelcher Art aufgetreten sind", und sie erfordert außerdem eine „technisch tadellose Ausführung". Daß beide Voraussetzungen, von denen Dr. Cramer die Schmerz- und Gefahrlosigkeit abhängig macht, immer gegeben sind, kann nicht allgemein vorausgesetzt werden. Aber selbst bei ihrem Vorhandensein wird auch dem gewissenhaftesten Arzt ein solcher Eingriff infolge nicht vorherzusehender, vielleicht auch nach dem Stande der heutigen Wissenschaft noch nicht bekannter oder zu berechnender Umstände mißglücken können. Die Tätowierung eines Hornhautfleckes ist hiernach den Operationen zuzurechnen, zu deren Duldung ein Verletzter in Anbetracht seiner unter allen Umständen zu wahrenden Freiheit, über Leben und Gesundheit zu verfügen, nicht gezwungen werden kann. Wenn der Verfasser der angeführten Schrift und anscheinend auch im vorliegenden Falle die Beklagte sich bei Einnahme des entgegengesetzten Standpunktes im Einklang mit der früheren Rechtsprechung des R.-V.-A. auf diesem Gebiete zu befinden glauben, so beruht dies auf Mißverständnissen hinsichtlich der letzteren. Zunächst hat das R.-V.-A. ausdrücklich ausgesprochen, daß es gleichgültig ist, ob eine Operation noch zum eigentlichen Heilverfahren gehört (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 3 zu § 5 des Unf.-Vers.-Ges.). Es beweist also nichts für die Verpflichtung eines Verletzten zur Duldung der Tätowierung, wenn Dr. Cramer und ebenso im vorliegenden Falle Dr. H. der Meinung sind, das Heilverfahren sei erst nach Durchführung dieses hier streitigen Verfahrens als abgeschlossen zu betrachten. Deshalb kann auch unerörtert bleiben, ob diese Ansicht, zumal in der Allgemeinheit, in der sie von Dr. Cramer geäußert ist und, wie es scheint, auch von Dr. H. geteilt wird, an sich als gerechtfertigt anzuerkennen wäre. Es sei nur darauf hingewiesen, daß Dr. H. selbst in seinem Gutachten vom 16. Dezember 1903 die Tätowierung der Hornhaut als einen „kosmetischen" Eingriff bezeichnet hat, und das ebenso in dem „Handwörterbuch der gesamten Medizin", herausgegeben von Dr. A. Villaret, Kgl. Preußischem Generaloberarzt (II. Auflage, Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke 1900, Band I Seite 403 unter dem Stichworte „Cornea" zu II 4 b und Band II Seite 924 unter dem Stichworte „Tätowierung"), auch die „kosmetischen" Rücksichten als Zweck dieser Behandlungsweise hervorgehoben werden. Unbegründet ist ferner nicht minder die Annahme, daß das R.-V.-A. in bezug auf die Berechtigung des Verletzten, eine Operation abzulehnen, einen Unterschied zwischen „leichten" und „schweren" Operationen gemacht oder gebilligt habe. Das Gegenteil ist auch nicht aus der Rekursentscheidung 969 (Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1891 Seite 211) oder aus der Anmerkung 3 zu § 7 des Unf.-Vers.-Ges. im Handbuch der Unfallversicherung zu entnehmen. Denn in jener Entscheidung ist nur von einem „Eingriff in die körperliche Unversehrtheit" schlechthin die Rede, und wenn im Handbuch „schwere Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit" als nicht mehr zum Heilverfahren im Sinne des § 7 a. a. O. gehörig bezeichnet werden, so zeigt schon der unmittelbar dahinter befindliche Hinweis auf die Anmerkung 3 zu § 5 daselbst, daß hiermit nichts anderes hat gesagt werden sollen, als in den oben wiedergegebenen Ausführungen der zuletzt erwähnten Anmerkung (zu vergleichen auch Rekursentscheidung 1213, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1893 Seite 159).

Hiernach konnte der angefochtene Bescheid und somit auch der Rekurs der Beklagten nicht für gerechtfertigt erachtet werden.

(Kompaß).

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit und zur Ausstellung von militärischen Zeugnissen. Vom 13. Oktober 1904. Berlin 1904 bei E. S. Mittler & Sohn.

Ohne in den organischen Bestimmungen oder in der Einteilung des Stoffes Änderungen von Belang zu bringen, faßt die neue Bearbeitung alle Nachträge und Einzelentscheidungen zusammen, welche im Verein mit neueren wissenschaftlichen oder dienstlichen Erfahrungen die begutachtende Tätigkeit der Militärärzte seit dem Erlaß der bisherigen Dienstanweisung von 1894 beeinflußt haben. In den einzelnen Paragraphen ist vieles ausgestaltet worden, so z. B. die Hörprüfungen, Sehprüfungen, die Beurteilung der Leistenbrüche, der Verstümmelungen usw. Auch die Anforderung zivilärztlicher Bescheinigungen (§ 12^9) und ihre mehrfach strittig gewesene Honorierung ist nunmehr fest normiert. Nicht minder wichtig erscheint § 31^6, der die §§ 22 und 115 der Dienstanweisung für die Kreisärzte und den Erlaß des Ministers der geistlichen etc. Angelegenheiten vom 8. April 1904 zum Gegenstande hat. Die Herren Kollegen seien hierauf aufmerksam gemacht. Ganz erheblich ausgearbeitet ist in § 89 die militärärztliche Mitwirkung bei Durchführung der Unfallfürsorgegesetze im Bereiche der militärischen Betriebe. Schon in der D. A. von 1894 war die prozentuale Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit für diese Fälle eingeführt. Die Bestimmungen sind jetzt viel ausführlicher und getrennt für Personen des Soldatenstandes und Beamte, wie für Bedienstete der Heeresverwaltung bearbeitet worden. Eine ausführliche Anleitung zur prozentualen Bewertung aller vorkommenden Kategorien äußerer und innerer Unfallfolgen ist in Anlage 2 beigefügt. Sie schließt

sich in der Einteilung eng an das ebenfalls neu bearbeitete Verzeichnis der körperlichen Fehler an, welches jetzt einheitlich für Rekruten wie gediente Leute, für Unbrauchbare und Versorgungsberechtigte gilt. Anlage 2 wird jedem Arzt von Nutzen sein, der sich mit der Begutachtung von Unfällen zu befassen hat. Sie verdankt ihre Entstehung einerseits den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, andererseits dem außerordentlich umfänglichen Material, welches dem Kriegsministerium dadurch zufloß, daß seit 1903 in sämtlichen militärärztlichen Invalidenzeugnissen eine prozentuale Bewertung der Erwerbsunfähigkeit ausgesprochen werden mußte. Diese Bestimmung ist jetzt nicht nur beibehalten, sondern auch auf die Unbrauchbaren ausgedehnt worden. Hat sie auch zur Zeit nur für die Unfallbegutachtungen praktische Folgen, so schafft sie doch ein vollkommen mit der Sache vertrautes Personal, wenn die in Aussicht stehende neue Militärpensions-Gesetzgebung die gesamte Beurteilung der Unterklassen auf die gleiche Grundlage stellt, auf der sich die bürgerliche Unfallversorgung bewährt hat. Körting.

Hildebrand, Dr., **Scholz,** Dr., **Wieting,** Dr., Das Arteriensystem des Menschen in stereoskopischen Röntgenbildern. Zweite Auflage.

Die Verfasser veröffentlichen seit dem Jahre 1901 aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf Sammlungen stereoskopischer Röntgenbilder, welche nach dem Verfahren von Hildebrand angefertigt worden sind. Bisher sind erschienen „Die Knochenbrüche der oberen sowie der unteren Gliedmaßen“ (Band II und IV), „Die kongenitalen Hüftgelenkluxationen“ (Band III), „Fremdkörper, Sarkom und Osteomyelitis“ (Band V) und „Deformitäten und Mißbildungen“ (Band VI).

Welcher Beliebtheit sich diese Sammlungen in den Fachkreisen erfreuen, beweist am besten der Umstand, daß von dem I. Band, welcher das Arteriensystem des Menschen auf 10 Tafeln wiedergibt, bereits eine 2. Auflage notwendig wurde. Die vorliegenden Bilder geben ein anschauliches, plastisch hervortretendes Bild über den Verlauf und die Verästelungen des Arteriensystems und erleichtern sein Studium außerordentlich. Auch zur schnellen Orientierung vor der Operation werden manche von ihnen, z. B. die Abbildung über das Gefäßsystem der Kniegelenksgegend, von Nutzen sein.

Namentlich dem angehenden Mediziner sei die vorliegende Sammlung als Beihilfe zum Studium empfohlen. Niehues-Berlin.

Vierordt-Heidelberg, Prof. Dr. O. Die Säuglingsabteilung, Säuglingsambulanz und Milchküche der Luisenheilanstalt (Kinderklinik) zu Heidelberg. Eine Denkschrift zur Frage der Forschung, des Unterrichts und der Fürsorge im Gebiet des Säuglingsalters. Stuttgart 1904, 40 Seiten.

Einen großen ausschlaggebenden Erfolg in der Säuglingsernährung erzielte die Klinik erst, als sie nach dem Vorgange Schloßmanns zur Anschaffung von „Stationsammen“ überging. Jede Anstalt für kranke Kinder, ja selbst die Schulen sollten „Propaganda für das Stillen“ machen. Für das Kind der Amme sei in der Art zu sorgen, daß es erst nach mehrmonatlicher Brustnahrung abgesetzt und ihm alsdann eine Milch aus garantiert tadelloser Herkunft verschafft werde. Auf der Station sind Ammen unentbehrlich für die Heilung schwerer akuter und chronischer Fälle, wie für das Aufziehen von frühgeborenen Kindern. „Milchküchen“, in welchen die Milch sterilisiert und trinkfertig, in Flaschen, d. h. in Portionen abgeteilt, zum Verkauf gestellt wird, seien nur dann existenzberechtigt, wenn sie unter ständiger ärztlicher Kontrolle ständen. Die Leistungen der Vierordtschen Milchküche stiegen bis zu einer Abgabe von mehr als 600 Flaschen pro die.

Hervorzuheben ist, daß die Einrichtung der Milchküche einen „überraschenden Einfluß“ hatte auf die Qualität und Behandlung der Milch in den Milchställen und Geschäften Heidelbergs und seiner Umgebung. Als Nahrung kommt in der Vierordtschen Anstalt in Betracht: Frauenmilch, Kuhmilch, Rahmgemenge, Labmilch, Buttermilch, Malzsuppe.

Photographien etc. demonstrieren die Einrichtungen der Heidelberger Anstalt.

Die Abhandlung ist flott geschrieben und interessant zu lesen. Bedauerlich erscheint, daß Verf. sich in der Vorrede zu sehr weit ausholenden Zukunftsbesprechungen hinreißen läßt, bei denen er unter anderem von der Malthusschen Theorie berichtet, daß sie allgemein abweisend beurteilt worden sei. Würde Verf. die Schriften namhafter Nationalökonomen, wie z. B. Ad. Wagner nachgesehen haben, so wäre ihm nicht verborgen geblieben, daß Männer mit sehr klangvollem Namen noch heute den Kern der Malthusschen Lehre in jeder Weise aufrecht erhalten; aufgegeben ist lediglich die strenge mathematische Formulierung des Malthusschen Gesetzes. C. Hamburger.

Römer, Die Ehrlichsche Seitenketteetheorie und ihre Bedeutung für die Medizinischen Wissenschaften. Mit einem Vorwort von Geheimrat Prof. Dr. Paul Ehrlich. (Wien, Verlag von A. Hölder, 1904. 455 S. Preis M. 8,60.)

Verfasser, der bereits eine Reihe interessanter Arbeiten aus dem Gebiete der modernen Immunitätslehre — meist sein klinisches Spezialfach, die Augenheilkunde, betreffend — veröffentlicht hat, gibt in dem vorliegenden Werke eine genaue und übersichtliche, auf die Einzelheiten der experimentellen Forschung eingehende Darstellung der Ehrlichschen Seitenkettentheorie. Es wird die Bedeutung dieser Theorie für die Antitoxin- und Hämolysin-Forschung, für die Bakterienimmunität, die Lehre von den Cytotoxinen, Agglutininen und Präzipitinen ausführlich auseinandergesetzt. Den Schluß bilden einige kürzere Kapitel über die Verwendung der Theorie in den klinischen Fächern und in der Physiologie. Die klare Darstellung dieses großen und in jüngster Zeit so eifrig bearbeiteten Forschungsgebietes, das immer mehr das Interesse weiterer ärztlicher Kreise erregt, wird zweifellos, wie Ehrlich in dem Vorwort ausspricht, dazu beitragen, „das eindringende Verständnis der Theorie zu fördern“; sie wird aber auch „Anregung geben, dieselbe auf den mannigfachsten Gebieten der Medizin nutzbar zu machen“. R. Stern.

Pfeiffer. Proskauer-Oppenheimer. Enzyklopädie der Hygiene. Leipzig. F. C. W. Vogel. 25 Lief. à 2 M. 559 Seiten.

Nachdem der Vogelsche Verlag soeben erst in der chirurgischen Enzyklopädie von Kocher und de Quervain ein bedeutendes Werk vollendet hat, ist jetzt auch die im gleichen Verlage erscheinende Enzyklopädie der Hygiene zum Abschluß gelangt. Was jener nachgerühmt werden konnte: die sorgfältige Bearbeitung des überreichen Materials und die glückliche Auswahl der Mitarbeiter — das gilt auch für dieses neue Werk. Die Frage des Bedürfnisses nach einem Nachschlagebuch dieser Art, welche für die klinisch-medizinischen Fächer wohl verschieden beurteilt werden kann, muß auf dem hygienischen Gebiete ohne weiteres bejaht werden. Denn hier stößt der Praktiker, welcher das gesamte Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege bearbeiten soll, also hauptsächlich der Medizinalbeamte, auf eine solche Fülle von nicht medizinischen, technischen Einzelfragen, daß er auf Nachschlagewerke unbedingt angewiesen ist. Und so wichtig es für bestimmte Fälle ist, ganze größere Abschnitte mit Hilfe eines umfangreichen Handbuchs zu studieren, so empfiehlt sich doch für das Bedürfnis des Augenblicks in der Regel mehr die Form des alphabetisch geordneten Lexikons. Wir glauben daher, daß sich in den Kreisen der Medizinalbeamten die Enzyklopädie der Hygiene rasch einbürgern wird. F. L.

Von Woedtke - Radtke. Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft. Guttentagsche Sammlung deutscher Reichsgesetze. Band 72. 1905. 627 Seiten.

Das 1887 von Woedtke herausgegebene Buch „Unfallversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen in Preußen" war seit längerer Zeit nicht nur durch die Notwendigkeit eingehender Berücksichtigung der Rechtsprechungen des Reichsversicherungsamts ergänzungsbedürftig, sondern durch die neue Gesetzgebung vom Jahre 1900 vollends veraltet. Die Neubearbeitung hat Radtke übernommen; er hat die Ausführungsgesetze sämtlicher deutscher Staaten in seine Arbeit hineingezogen und die Rechtsprechung der obersten Gerichte in weitgehendem Maße berücksichtigt. So ist ein recht umfängliches, doch keineswegs unhandliches Buch entstanden, das den Kollegen auf dem Lande von großem Nutzen sein wird. F. L.

Tagesgeschichte.

Was lehrt der sogenannte Gelsenkirchener Wasserprozeß?

Der Essener Landgerichtsdirektor Fromm widmet dem Prozesse, dessen Vorgängen unsre Leser sicher alle soweit gefolgt sind, als es überhaupt auf Grund der Zeitungsnachrichten möglich war, bemerkenswerte Ausführungen in der Deutschen Juristenzeitung.

Fromm rügt, daß das Stichrohr, welches in das Leitungswasser Ruhrwasser einführte, vor Beginn der gerichtlichen Untersuchung auf eine mißverstandene Anordnung der Medizinalbehörden hin beseitigt worden sei. So sei man über den Zustand dieses wichtigen Corpus delicti auf Aussagen von Zeugen und Angeklagten angewiesen gewesen. Es müsse immer wieder darauf hingewiesen werden, daß alle mit der ersten Inangriffnahme von Strafsachen betrauten Behörden den Tatbestand bis zur gerichtlichen Feststellung unverändert zu erhalten haben. Wir haben im vorliegenden Falle nur das Bedenken, ob nicht das Bestehen des Stichrohrs die öffentliche Gesundheit derart gefährdet hat, daß gegenüber diesem Interesse das des Strafrichters zurücktreten mußte.

Ohne Einschränkung müssen wir dem zweiten Punkte der Frommschen Ausführungen beipflichten. Wir zitieren ihn hier wörtlich:

Allgemein ist es aufgefallen, daß die Anlegung und der Betrieb von Wasserwerken nicht einer besonderen behördlichen Genehmigung und Überwachung unterliegt. Außer der Genehmigung, die zur Errichtung eines jeden Bauwerks von der Polizei, oder bei Anlagen und Veränderungen im Überschwemmungsgebiet der Flüsse nach dem preuß. Deichgesetz vom 28. Januar 1848, oder nach der GewO. sowohl für die Errichtung von Anlagen, die für die Nachbarn oder das Publikum überhaupt erhebliche Nachteile oder Gefahren herbeiführen können (§ 16), als für Stauanlagen oder Aufstellung von Dampfkesseln (§§ 23 u. 24), erfordert wird, schreibt kein Gesetz eine Genehmigung für die Anlage und den Betrieb gerade von Wasserwerken vor. Insbesondere sind auch die Unternehmer solcher Werke nicht unter denjenigen Gewerbetreibenden aufgeführt, die nach §§ 29—36 GewO. einer Approbation oder besonderen Genehmigung bedürfen oder denen der Gewerbebetrieb untersagt werden kann. Wie oft aber hängt das Wohl und Wehe von Tausenden von Menschen von der Sorgfalt und der Zuverlässigkeit der Leiter und Angestellten solcher Werke ab!

Unsere alten Hausbrunnen, die uns früher ausschließlich das Wasser lieferten, treten in neuerer Zeit namentlich in den Städten gegenüber diesen Werken zur zentralen Wasserversorgung immer mehr zurück. Aus dieser Tatsache wie aus der ferneren, daß stets eine große Anzahl von Menschen durch diese Werke versorgt und sonach durch eine schlechte Beschaffenheit des Wassers betroffen wird, erwächst für den Staat die unabweisbare Pflicht, diese Werke bei Anlage und Betrieb sorgfältig zu überwachen. Mag man mit Robert Koch die Möglichkeit der Verbreitung des Typhus und der Cholera durch das Wasser annehmen oder mit Pettenkofer leugnen, unter allen Umständen liegt es im öffentlichen Interesse, daß nur gutes, nicht minderwertiges Wasser den Konsumenten verabfolgt wird. Bisher fehlte den zuständigen Behörden eine gesetzliche Handhabe zu diesen Maßregeln. Es ist namentlich folgendes zu fordern:

1. Wasser aus Flüssen oder stehenden Gewässern darf nur nach gehöriger Filtration verabreicht werden.
2. Jedes Wasser eines Wasserwerkes ist täglich einer bakteriologischen und chemischen Untersuchung zu unterziehen und das Ergebnis in hierzu bestimmte Bücher einzutragen.
3. Ergeben die bakteriologischen Untersuchungen einen übermäßigen Keimgehalt, etwa über 500 in einem Kubikzentimeter, so ist der betreffende Teil der Anlage bis zum Eintritt normaler Keimzahlen auszuschalten oder sofort öffentlich vor dem Genuß des Wassers in ungekochtem Zustande zu warnen.
4. Genaue Pläne der Gewinnungs- und Förderungsanlagen, des Druckrohrsystems wie des Fallrohrnetzes nebst sämtlichen Schiebern und Anschlüssen sind zu führen, auch
5. Bücher über die Stundenarbeit und die Wasserförderung der einzelnen Pumpen,
6. Verzeichnisse der angeschlossenen Ortschaften, aus denen die Zahl der angeschlossenen Häuser und die abgegebenen Wassermengen ersichtlich sind,
7. Nachweisungen über Brüche der Hauptrohre, Rohrlegungen, Erdbewegungen auf der Förderungsanlage und Schließung der Schieber der Hauptrohre.
8. Alle Bücher, Pläne, Verzeichnisse und Nachweisungen sind, nachdem sie von dem technischen Leiter als richtig bescheinigt, an den im voraus bestimmten Geschäftsstellen zur Einsicht durch die Polizei- und Medizinalbehörden bereit zu halten; auch ist von dem Leiter zu bescheinigen, daß andere Anlagen zur Wassergewinnung, Förderung, Aufspeicherung und Verteilung nicht vorhanden sind. Wasser aus anderen als den bescheinigten Anlagen darf keinem Abnehmer zugeführt werden.

Ähnliche Vorschriften sind im Regierungsbezirk Arnsberg im Laufe des Strafverfahrens von den Wasserwerken an ihre Direktoren erlassen. Dies ist aber nur im Wege gütlicher Vereinbarung möglich gewesen; es ist notwendig, auch die zwangsweise Anordnung solcher Vorschriften durch Erlaß gesetzlicher Bestimmungen, etwa in der Gewerbe-Ordnung zu ermöglichen.

An dritter Stelle geht Fromm auf einen Punkt ein, der die ärztliche Sachverständigentätigkeit nahe berührt. Die Angeklagten behaupteten, und — wenn die Zeitungsberichte Glauben verdienen, — ein ärztlicher Gutachter bestätigte, daß Wasser kein Nahrungsmittel sei. Als Grund wurde — ich kann wieder nur Zeitungsberichte zitieren — angegeben: Von Wasser allein könne man sich nicht nähren. Diese seltsame Deutelei der klaren Tatsache, daß Wasser als chemischer Körper unentbehrlich und als Naturprodukt in weitestem Umfange gebräuchlich zum Zwecke der Erhaltung unseres körperlichen Bestandes ist, findet zum Glück auch vor den Augen der Juristen keine Gnade. Fromm sagt darüber:

III. In der Rechtsprechung war diese Frage noch nicht entschieden. Das Gericht ist im Anschluß an das Urteil des Reichsgerichts, Entsch. Bd. XXXIII S. 386, davon ausgegangen, daß als Nahrungs- und Genußmittel diejenigen Stoffe zu erachten sind, welche der menschlichen Ernährung oder dem menschlichen

Genuß dienen und zu diesem Zwecke durch die Organe dem menschlichen Körper zugeführt werden, wobei es gleichgültig ist, ob diese Stoffe ohne weiteres oder erst nach vorheriger Be- oder Verarbeitung oder nach vorheriger Verbindung mit anderen Stoffen verzehrt werden. Wasser aber wird dem Körper zugeführt, um das durch Ausscheidungen diesem entzogene, ihm zur Erhaltung durchaus notwendige Wasser zu ersetzen. Der Begriff der menschlichen Ernährung kann nicht auf die Erhöhung der Stoffmenge durch Zuführung neuer Stoffe beschränkt werden, sondern muß auch die Ersetzung der verbrauchten Stoffe mit umfassen. Daß von diesem Gesichtspunkte aus das Wasser, sei es allein, sei es in Verbindung mit anderen Stoffen, ein Nahrungsmittel ist, dürfte ernstlich nicht in Zweifel gezogen werden können. Es kann jedoch ein Stoff nicht nur Nahrungmittel, sondern zugleich auch Genußmittel sein. Ein Nahrungsmittel kann genossen werden, nicht um den Körper zu erhalten, sondern des Wohlgeschmacks wegen; dann ist es zugleich Genußmittel. Dies trifft beim Wasser zu, und ist dieses deshalb als Nahrungs- und Genußmittel angesehen worden. Daß diese Unterordnung unter dieses Gesetz auch dem Willen des Gesetzgebers nicht widerspricht, ist daraus zu folgern, daß die Motive als bisherige Schutzbestimmungen gegen Nahrungsmittelverfälschung auch den § 324 St. G. B. (Brunnenvergiftung) erwähnen.

Zum Schluß erwähnt Fromm noch das Mißverhältnis der verhängbaren und im Gelsenkirchener Prozeß verhängten Geldstrafen zum gegenwärtigen Wert des Geldes.

Wir werden voraussichtlich in nächster Nummer Raum haben, einen uns zugegangenen Vortrag aus ärztlicher Feder zu demselben Prozesse, der ja vom Gutachter-Standpunkte aus sehr bemerkenswert, freilich nicht durchweg erfreulich verlief, abzudrucken.

Wiederaufnahme des Verfahrens in Unfallsachen.

Die Fälle, in denen ein rechtskräftig gewordenes Urteil in Unfallsachen wieder aufgehoben werden kann, sind selten. Es bedarf bekanntlich dazu nicht etwa wie im Strafprozeß der Angabe neuer wesentlicher Tatsachen, sondern es muß bewiesen werden, daß nach bestimmten Richtungen die gesetzlichen Vorschriften über die Form des Verfahrens nicht befolgt waren, daß gefälschte Urkunden, Meineide bzw. Falscheide von Zeugen oder Sachverständigen dem Urteil mit zugrunde gelegen haben u. dgl.

In einem während des vorigen Jahres gefällten Rekursurteil auf Wiederaufnahme des Verfahrens ist nun ein Wiederaufnahmegrund zur Geltung gebracht worden, dessen Bedeutung über die eines bloßen Kuriosums weit hinausgeht. Es wurde nämlich 1904 ermittelt, daß ein 1897 abgewiesener Rekurskläger bereits damals geisteskrank und geschäftsunfähig war. Er hätte damals weder selbst noch — wie es in der Tat geschah — durch einen Rechtsanwalt den Prozeß führen dürfen, sondern es hätte ein gesetzlicher Vertreter ernannt werden müssen. Da das nicht geschehen ist, wurde das Urteil nachträglich aufgehoben.

Die grundsätzliche Wichtigkeit dieser Entscheidung liegt darin, daß gerade seelisch Kranke häufig in Unfallsachen nicht rechtzeitig als krank erkannt und daher mit ihren „objektiv unbegründeten“ Klagen abgewiesen werden. Diesem Unglücklichen trotz rechtskräftig gewordener früheren Ablehnung nachträglich zu helfen, wird durch Wiederaufnahme des Verfahrens bisweilen erreicht werden können.

Verantwortlichkeit des Apothekers für seine Arzneimittel.

Ein Breslauer Apothekenbesitzer stand, wie die „Schles. Zeitung“ mitteilt, kürzlich vor der III. Strafkammer des dortigen Landgerichts, weil er durch Feilhalten der neurodynamischen Mittel des Frl. Ritter gegen § 28 der Apothekenbetriebsordnung verstoßen haben soll. Das Schöffengericht als erste Instanz hatte in dieser Sache auf Freisprechung erkannt, wogegen der Staatsanwalt Berufung eingelegt hatte. Als Sachverständige wurden Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Jacobi, Prof. Dr. Fischer und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Filehne vernommen. Der genannte § 28 macht den Apotheker für die Qualität und für die richtige Herstellungsweise der von ihm verkauften Arzneien verantwortlich. Die in Rede stehenden neurodynamischen Mittel werden aber von Fräulein Ritter persönlich hergestellt, stehen nicht im Arzneibuch und können infolgedessen durch den Apotheker nicht auf vorschriftsmäßige Herstellung nachgeprüft werden. Auch die Strafkammer konnte deshalb nicht zur Verurteilung des Angeklagten gelangen und verwarf die Berufung des Staatsanwaltes.

Röntgen-Kongreß in Berlin.

Unter der Ägide hervorragender Techniker, Naturwissenschaftler und Ärzte findet vom 30. April bis 3. Mai 1905 in Berlin und zwar in den Räumen der „Ressource“, Oranienburger Straße 18 ein Röntgen-Kongreß und eine Röntgen-Ausstellung statt. Der große Entdecker, dessen Namen die Veranstaltung trägt, wird selbst daran teilnehmen.

Die Sitzungen werden in eine physikalisch-technische und eine medizinische Hauptsitzung sowie in Sektionssitzungen eingeteilt sein.

Die Mitgliedskarte kostet 15 Mark. Anmeldungen sind an Prof. Eberlein, Berlin NW. 6, Tierärztliche Hochschule, Vortrags-Ansagen an den Schriftführer Dr. Immelmann, Berlin W., Lützowstr. 72 zu richten.

Bekanntmachung.

Diejenigen Herren Ärzte, welche im verflossenen Jahre Privatimpfungen vorgenommen, ihre Impflisten aber bisher noch nicht eingereicht haben, werden ersucht, dieselben gemäß § 8 des Impfgesetzes vom 8. April 1874 unter Benutzung der durch Bundesratsbeschluß vom 28. Juni 1899 vorgeschriebenen, gegen früher abgeänderten und in richtiger Form z. B. von der Reichsdruckerei hergestellten Impflistenformulare binnen 8 Tagen dem Bureau der Königlichen Sanitäts-Kommission im Polizei-Präsidium, Zimmer 390—401 einzusenden. Bei Unterlassung der Einreichung muß die im § 15 des Impfgesetzes vorgesehene Geldstrafe bis zu 100 Mark zur Festsetzung und Einziehung kommen.

In Spalte 8 der Impflisten ist, wenn die verwendete Lymphe aus einer Apotheke entnommen ist, auch anzugeben, aus welcher Lympherzeugungsanstalt die Lymphe stammte. Zugleich wird zu künftiger Nachachtung darauf hingewiesen, daß nach dem angeführten Bundesratsbeschluß weniger als vier Impfschnitte nicht als genügend gelten können.

Berlin, den 19. Januar 1905.

Der Polizeipräsident.
Sanitätskommission.
In Vertretung: Friedheim.

Mitteilung betreffend Sonderabdrücke.

Unsere verehrten Mitarbeiter bitten wir anläßlich wiederholt entstandener Mißverständnisse zu beachten, daß Sonderabdrücke der in unserer Zeitschrift erschienenen Originalien den Verfassern nur dann geliefert werden können, wenn der bezügliche Wunsch geäußert wird, solange die Zeitung noch im Druck steht. Der letzte Termin, bis zu welchem dem Verlangen nach Sonderabdrücken stattgegeben werden kann, liegt zwei Tage vor dem Erscheinen der jeweiligen Nummer.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.